

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON VIH-SIDA, EN LA
PROVINCIA DE LOS SANTOS**

POR:
FÁTIMA DEL CARMEN CÓRDOBA PIMENTEL

Tesis presentada como uno de los requisitos para optar por el título de Maestría en
Psicología Clínica

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Formulario de Inscripción Programa de Maestría en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Número de código	CE-PT-327-14-06-18-191
Nombre del estudiante	Fátima del Carmen Córdoba Pimentel
Cédula	7-708-2461
Título que aspira	Maestría en Psicología Clínica
Tema de la tesis	Efectos de la terapia cognitiva conductual en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos

Nombre del asesor: Dr. Miguel Ángel Cañizales M.

Firma del asesor: _____

Firma del estudiante: _____

Aprobado por: _____
Coordinador del programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de
Investigación y Postgrado

DEDICATORIA

Este trabajo de graduación lo dedico con amor y cariño, a Dios Todopoderoso, quien siempre me guía y acompaña; a Santa Librada, Patrona de mi tierra tableña.

A mi padre David M. Córdoba Acosta, por su invaluable ayuda y apoyo incondicional; por sus sabias palabras y enseñanzas; con iguales sentimientos, a mi madre Oreida Del C. Pimentel de Córdoba, por depositar toda su confianza en mí, por sus atinados consejos y por ser junto a mi querido padre, las voces alentadoras que me han inspirado en la conquista de tan anhelada meta.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia, agradezco a Dios, por concederme la oportunidad de realizar esta tesis, y así poder culminar la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá.

Uno de mis sueños más anhelados, esperando a futuro poder contribuir, con todos estos conocimientos adquiridos, con las personas que acudan por ayuda a nivel psicológico, por cualquier situación o problema que se les presente en sus vidas.

A mis padres, porque gracias a sus consejos encontré enhorabuena la fortaleza y la motivación necesarias para alcanzar esta gran meta. Mil gracias a ambos, por su apoyo incondicional y por estar siempre presentes, prestos a alentarme, en todo momento de mi vida para seguir adelante, afrontar retos y lograr concretar las metas que me he trazado en el plano profesional.

Al Dr. Miguel Ángel Cañizales M. por sus sabios consejos, sus atinadas recomendaciones y por el valioso tiempo dedicado para la concreción de esta investigación.

Al grupo de la Clínica TARV (Clínica de Terapia Antirretroviral) del Hospital Regional de Azuero Anita Moreno, por haberme permitido participar con ellos en esta loable labor de atención a pacientes con esta enfermedad y que tanto necesitan de nuestra aceptación, entendimiento y ayuda.

Gracias a todos los pacientes diagnosticados con B-24, por su participación en la atención psicológica y por ende, por su desinteresada colaboración, ya que representan un elemento significativo para el desarrollo de esta investigación de notable vigencia en esta región del país, y que permitirá brindar apoyo psicológico a muchos otros pacientes que hoy en día apenas inician este duro bregar y que requieren de toda la colaboración necesaria del equipo multidisciplinario, para disminuir sus niveles de ansiedad, por la serie de preocupaciones que los aquejan constantemente.

A TODOS, MIL GRACIAS

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	X
SUMMARY.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
1.1 INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE EL VIH-SIDA.....	15
1.1.1 Reseña sobre el VIH-SIDA.....	15
1.2 Investigaciones sobre el VIH-SIDA, Abordaje a nivel psicológico.....	17
1.3 Generalidades sobre el VIH-SIDA.....	19
1.3.1 Hitos principales de la historia del SIDA.....	21
1.3.2 Juventud y VIH-SIDA.....	22
1.3.3 Mujer y VIH-SIDA.....	23
1.4 Estrategias de prevención del VIH-SIDA.....	24
1.5 Intervenciones psicológicas.....	26
1.6 Ansiedad.....	28
1.6.1 Ansiedad, definición según autores.....	28
1.7 El concepto de “ansiedad”.....	30
1.8 Ansiedad normal y patológica.....	31
1.8.1 Diferencias entre ansiedad normal y patológica.....	33
1.8.2 Ansiedad y miedo.....	34
1.9 Ansiedad rasgo y estado.....	36
1.10 Factores biológicos, ambientales y psicosociales de la ansiedad.....	37

1.11 Ansiedad psíquica y somática.....	38
1.12 Etiología y sintomatología de la ansiedad.....	39
1.13 Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	41
1.13.1 Presentación de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5.....	41
1.14 Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad, según el CIE-10.....	44
1.15 Tratamientos para la ansiedad.....	49
1.16 Terapia cognitiva conductual.....	50
1.16.1 El modelo ABC de Albert Ellis.....	54
1.16.2 Las distorsiones cognitivas.....	56
1.16.3 Consecuencias y resultados.....	57
1.17 Técnicas cognitiva conductuales.....	59
1.17.1 Reestructuración cognitiva.....	59
1.17.2 Resolución de problemas.....	61
1.17.3 Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad.....	62
1.17.4 Entrenamiento asertivo en grupos.....	63
1.17.5 Tareas de autoayuda.....	63
1.17.6 Ejercicios de relajación.....	64
1.17.7 Uso del humor.....	64
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....	66
2.1 Justificación del problema.....	67
2.2 Planteamiento del problema.....	68
2.3 Objetivos de la investigación.....	68
2.3.1 Objetivo General.....	68

2.3.2 Objetivos Específicos.....	68
2.4 Preguntas de investigación.....	69
2.5 Hipótesis.....	69
2.5.1 Hipótesis de investigación.....	69
2.6 Tipo de estudio.....	70
2.7 Diseño de investigación.....	70
2.8 Población y selección de la muestra.....	72
2.8.1 Población.....	72
2.8.2 Muestra.....	72
2.8.3 Criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación.....	73
2.9 Definición de variable.....	73
2.9.1 Variable independiente.....	74
2.9.2 Variable dependiente.....	75
2.10 Instrumentos de medición.....	75
2.11 Análisis estadístico de los resultados.....	80
2.12 Procedimiento de la investigación.....	81
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	83
3.1 Descriptivos.....	84
3.2 Pruebas de hipótesis.....	99
3.3 Discusión de los resultados.....	111
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	118
4.1 Conclusiones.....	119
4.2 Recomendaciones.....	121
BIBLIOGRAFÍA.....	123
ÍNDICE DE TABLAS.....	133

ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	136
ÍNDICE DE ANEXOS.....	137
ANEXOS.....	138

RESUMEN

En la presente investigación se analiza la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual, en los síntomas de la ansiedad, en pacientes con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos; la misma se llevó a cabo en el Hospital Regional de Azuero Anita Moreno de Los Santos, con una muestra de 10 pacientes, entre 22 y 55 años, todos diagnosticados con VIH-SIDA, quienes asistían a la Clínica de Terapia Antirretroviral (TARV), y presentaron niveles de ansiedad. La ansiedad fue medida a través del Inventario de Ansiedad: Rasgo-estado (IDARE) y la escala de valoración de Ansiedad de Zung. El diseño de la presente investigación es de tipo experimental con pretest – posttest y grupo control. El programa terapéutico utilizado tuvo una duración de ocho sesiones terapéuticas grupales, de 90 minutos cada una y se realizó semanalmente; y dos sesiones adicionales en las que se aplicaron el pre-test y el post-test, tanto al grupo experimental como al grupo control. Se obtuvo como resultado que la Terapia Cognitiva Conductual es efectiva en la reducción de los síntomas de ansiedad, lo que sustenta la hipótesis que el tratamiento contribuyó en la disminución de los síntomas de ansiedad en los pacientes del grupo experimental.

SUMMARY

In the present investigation, the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in the symptoms of anxiety in patients with HIV-AIDS in the province of Los Santos was analyzed. It was carried out in the Regional Hospital of Azuero Anita Moreno of Los Santos, with a sample of 10 patients between 22 and 55 years old, all diagnosed with HIV-AIDS who attended the (TARV) Antiretroviral Therapy Clinic, which had levels of anxiety. Anxiety was measured through the Anxiety Inventory: trait-state (IDARE) and the rating scale of Zung's Anxiety. The design of the present investigation was of experimental type with pretest - posttest and control group. The therapeutic program used lasted eight group therapy sessions lasting 90 minutes each and was carried out weekly, plus two additional sessions in which the pre-test and the post-test were applied to both the experimental group and the group control. As a result, Cognitive Behavioral Therapy was effective in reducing the symptoms of anxiety, which supports the hypothesis because the treatment contributed to a decrease in the symptoms of anxiety in the patients of the experimental group.

INTRODUCCIÓN

“La presencia de la ansiedad en nuestro mundo es un hecho habitual y alcanza, en el ámbito sanitario, unas dimensiones casi epidémicas. De ello tenemos noticia a diario por sus múltiples manifestaciones (crisis, ataques, estados, otros.), y también por las infructuosas formas que se emplean para sortearla, sea el exceso de actividad o su defecto, la inhibición, sea el miedo, la fobia, el abuso de medicamentos y otras drogas, los excesos con el juego, el sexo o la comida”. (Aduriz, 2018, p.12)

Actualmente, el VIH-SIDA es una de las emergencias sanitarias a nivel mundial, que afecta y causa millones de defunciones, además de la alta cuota de sufrimiento a millones de personas. El acceso a la prevención y tratamiento digno y eficaz, varían enormemente, entre los pacientes que lo padecen. Hablar del VIH-SIDA en nuestros días, no es nada nuevo, dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1993 la declaró como emergencia global; situación que puso en alerta a la población mundial y nuestro país, Panamá, no ha escapado a esta realidad; es por esta razón que queremos investigar sobre los principales efectos de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes de la provincia de Los Santos que padecen de esta enfermedad.

Es apremiante reconocer que un ser humano diagnosticado con VIH-SIDA debe afrontar pensamientos, emociones y comportamientos que alteran definitivamente toda su personalidad, y lo hacen sentir como un ser que tiene su fin muy próximo. Los estudiosos del comportamiento humano deben utilizar todas las herramientas, los tratamientos y terapias para minimizar este impacto tan profundo y negativo, que en la mayoría de los casos causa rechazo a nivel social, y para poder darles a los diagnosticados una nueva forma de ver el mundo y continuar con su existencia, mientras se les administre un tratamiento real y efectivo para esta enfermedad.

En la presente investigación, se evidencia el interés por determinar si una intervención cognitiva conductual, mejora o minimiza los niveles de ansiedad, estabilizando el estado emocional de los pacientes que la reciben; permitiéndoles sobrellevar de hecho tan letal

enfermedad, conociendo más de la misma y aplicando técnicas oportunas para mejorar su cognición, su sentimientos y por ende, su propia conducta, para evitar eficazmente el deterioro de su estabilidad a nivel psíquico.

Cabe destacar, que el papel del psicólogo es relevante, para el manejo de los enfermos de VIH-SIDA, conociendo el impacto que tienen estas variables, en función del acertado y funcional tratamiento de esta población que generalmente es motivo de discriminación, estigmatización, burlas y rechazo marcados; en tal sentido, urge replantear estrategias psicoemocionales que contribuyan a elevar la autoestima y el estado anímico de las personas que padecen esta enfermedad inmunológica.

En el Capítulo I, se presenta el marco teórico que sirve de referencia para una intervención Psicoterapéutica Cognitiva Conductual en pacientes con VIH-SIDA. Se ofrece una breve reseña de la enfermedad, importantes estudios investigativos y antecedentes sobre el tema, intervenciones psicológicas, factores biológicos, ambientales y psicosociales de la ansiedad; lo mismo que la clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-V- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA). CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS), y todo lo referente a la Terapia Cognitivo Conductual, como variable independiente. El Modelo ABC de Albert Ellis y las Técnicas Cognitiva Conductuales, que se emplearon en el programa de tratamiento.

En el Capítulo II, se enmarca la metodología empleada, la justificación del estudio, así como el planteamiento del problema; los objetivos, las hipótesis y variables con sus respectivas definiciones tanto conceptuales como operacionales; además, el diseño estadístico utilizado, con un diseño experimental con preprueba y postprueba aplicadas a ambos grupos, tanto al experimental como al de control. También se incluyen los instrumentos de análisis estadístico de los resultados, y el procedimiento utilizado para el desarrollo de la presente investigación.

En el Capítulo III, se recopilan todos los resultados y el análisis estadístico de los mismos, se representan por medio de tablas y gráficos; los datos y resultados recabados nos permiten arribar a conclusiones finales y concretas, y a su vez plantear recomendaciones puntuales que coadyuven a fortalecer los objetivos y fines primordiales del estudio en cuestión.

En el Capítulo IV, se presentan las conclusiones y recomendaciones, las fuentes bibliográficas consultadas; este estudio se complementa con ilustrativos anexos, los cuales proporcionan información relevante correlacionada con los fines clínicos y humanísticos de este trabajo; con iguales propósitos se anexan copias de los test psicológicos aplicados durante el proceso experimental.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE VIH Y SIDA

1.1.1 Reseña sobre el VIH-SIDA.

Según ONUSIDA (2018), los enormes progresos de la lucha contra el SIDA de los últimos quince años han servido de inspiración para establecer un compromiso mundial de poner fin a la epidemia para el 2030. Podemos manifestar, que la humanidad está pidiendo a gritos una cura para el SIDA, por la gran cantidad de pérdida de vidas humanas registradas, que ha dejado en la orfandad a miles de niños inocentes y que ha sumido a muchas familias en el dolor al ver partir a sus seres queridos. Si bien es cierto, el panorama actual no es alentador, pues el número de personas que viven con VIH para el año 2017 era de 36.9 millones, de estos 21.7 están bajo tratamiento antirretroviral y se diagnosticaron 1.8 millones de nuevas infecciones.

Ante este escenario, la Junta de Coordinación del ONUSIDA aprobó en su XXXVII Reunión, la Estrategia ONUSIDA 2016-2021, la cual representa una de las primeras del sistema de las Naciones Unidas que se alinea con los objetivos de desarrollo sostenible, que establecen el marco de la política de desarrollo mundial para los próximos 15 años y entre los que se incluye, poner fin a la epidemia del SIDA para el 2030. De igual modo, la OMS publicó en el 2016, la Segunda Edición de sus Directrices Unificadas sobre el Uso de los Antirretrovirales en el Tratamiento y la Prevención del VIH.

Si nos adentramos en el plano nacional, según ONUSIDA, Panamá registró para el año 2016, un total de 1300 (1100-1400) nuevas infecciones por VIH y (500-1000) muertes relacionadas con el SIDA. En el 2016, se diagnosticaron a 21,000 (19,000-23,000) personas que vivían con el VIH; de ellos, el 54% (49%-60%) tenían acceso a la terapia antirretroviral.

Los grupos de población clave más afectados con VIH en Panamá fueron los siguientes:

- Los trabajadores sexuales, con una prevalencia del VIH del 2%
- Los hombres homosexuales y los que mantuvieron relaciones sexuales con otros hombres, con una prevalencia del VIH del 13.6%
- Las personas transgénero, con una prevalencia del VIH del 15%.

A partir de 2010, han aumentado las nuevas infecciones por el VIH en un 9% y las muertes relacionadas con SIDA, en un 20%.

Desde 2016, el Ministerio de Sanidad ha proporcionado tratamiento gratuito para todas las personas que padecen de VIH- SIDA. Panamá está realizando ingentes esfuerzos para aumentar el número de pruebas del VIH, con una campaña nacional que fue lanzada por primera vez en el 2015. Desde 2016, el país ha ofrecido la prueba del VIH de manera gratuita a mujeres embarazadas, grupo de población clave y a adolescentes.

Las cifras de VIH registradas en los primeros meses del año 2019 generan preocupación en la Fundación Pro Bienestar y Dignidad por el VIH-SIDA (Probidsida) “Es preocupante para nosotros que solamente el año que estamos comenzando, en enero por ejemplo hemos tenido 36 casos positivos de 643 pruebas que hemos realizado, es decir, que por cada 100 personas que se hacen la prueba en Probidsida, un 5.6% salen positivos...y mire usted que ya vamos en el mes de febrero contando desde el 1 al 19 de febrero ya van 28 casos positivos, todos los días estamos entregando casos positivos”, explicó en RPC Radio Jorge Garrido, representante legal de la fundación. Añadió que, según las estadísticas de Probidsida, de esta cantidad el 89% son hombres y el 11% son mujeres, en edades productivas y reproductivas. El doctor Orlando Quintero, de la Fundación Probidsida, dice sentirse frustrado porque a pesar de los constantes llamados para prevenir el contagio del VIH y el desarrollo del SIDA, ya no solo los adultos, sino cada vez más jóvenes y adolescentes son víctimas de este mal.

Cifras del Ministerio de Salud revelan que desde 1984 hasta el 2016, se tienen registrados que alrededor de 1,175 chicos y chicas entre los 10 y 19 años de edad se les ha detectado VIH-SIDA. Algunos casos son por producto de violación; pero una gran mayoría por relaciones sexuales consentidas.

Durante el periodo de enero a octubre de 2018 se diagnosticaron 361 casos en fase Sida y mil 62 casos, en la fase asintomática de VIH. El 74 % (1057/1423); de los casos de VIH/SIDA fueron notificados por las regiones: Metropolitana (496), Panamá Oeste (165), San Miguelito (152) Chiriquí (149) y Ngäbe Buglé (95). (MINSA, 2018).

1.2 Investigaciones sobre el VIH-SIDA, abordaje a nivel psicológico.

Al investigar sobre el VIH-SIDA, nos podemos percatar por las referencias bibliográficas, que los estudios han sido numerosos y que han señalado todo lo relacionado a la enfermedad, desde su aparición hasta la actualidad, abarcan la parte médica u orgánica de la patología de la enfermedad, lo mismo han hecho los especialistas de la psicología de la salud, que han realizado estudios e investigaciones científicas buscando el mejor tratamiento por medio de psicoterapias programadas, que atinen a la mejoría del paciente a nivel cognitivo, emocional y comportamental. Es preciso destacar, que el modelo psicológico más utilizado en el área de la salud, para el tratamiento de las personas que padecen VIH-SIDA es el modelo cognitivo-conductual, con base más preventiva que curativa, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Gurung et al. (2004, citado por Coavas, 2011), encontraron que las diferentes cargas a las que debían enfrentarse las personas con pruebas seropositivo eran un determinante de los niveles de estrés vital; estos hallazgos se obtuvieron en un estudio que se le realizó a 350 mujeres. Koopman et al. (2000, citado por Coavas, 2011), encontraron que las personas que viven con VIH experimentan grandes cantidades de estrés en su vida diaria, tienen menos ingresos económicos, presentan un comportamiento más impulsivo y sus relaciones interpersonales muestran ser menos seguras o de estilo más ansioso.

Pinzón (2011), realiza una investigación psicoterapéutica con un diseño cuasi-experimental en la Universidad de Panamá; trabajó con dos grupos: uno experimental y el otro control. La muestra estuvo integrada por 9 sujetos, de los cuales cinco formaban al grupo experimental y 4, al grupo control. Al grupo experimental se le aplicó una intervención cognitiva conductual dirigida a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional, una vez finalizada la intervención se procedió a la aplicación de las pruebas a ambos grupos. De esta forma, se pudo comparar el efecto de la intervención cognitiva conductual para el mejoramiento de la adherencia y el estado emocional de los pacientes de la ONG Aid for Aids Panama. Los resultados arrojaron el mejoramiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral y el estado emocional depresivo, mostrando diferencias significativas para el mejoramiento de la ansiedad.

Coavas (2011), realizó un estudio en la Universidad de Panamá, con un diseño pre-experimental de preprueba- postprueba con un solo grupo, mediante el cual se buscó establecer una relación de causalidad entre una intervención psicoterapéutica individual de apoyo con orientación psicoanalítica, aplicada a sujetos homosexuales diagnosticados con VIH/SIDA y la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva, con la consecuente mejora del estado de ánimo. En esta investigación se presentaron los fundamentos teóricos acerca de las manifestaciones emocionales del sujeto con VIH/SIDA, así como los lineamientos y las recomendaciones utilizadas en la Psicoterapia de Apoyo. La intervención fue aplicada a seis sujetos. Si bien, la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva fue el objetivo principal en el que se centró la investigación, el estudio fue elaborado teniendo en cuenta los parámetros de la psicoterapia de apoyo como el fortalecimiento del “yo débil”, aumento de la autoestima y de mecanismos de afrontamiento. Los resultados demostraron que luego del tratamiento, los pacientes manifestaron cambios significativos; entre los beneficios de la terapia se obtuvieron alivio de los síntomas y la mejora de su estado emocional, en general.

En la Universidad de Panamá, Samaniego, (2018), realizó un estudio con diseño experimental con pretest /posttest con un solo grupo; cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de intervención grupal orientada cognitiva-conductualmente, sobre los niveles de ansiedad-estado en docentes de escuelas oficiales que residen en la región de Panamá Oeste. El muestreo no probabilístico fue realizado por conveniencia y de forma voluntaria; la muestra estuvo conformada por doce (12) docentes (siete mujeres y cinco hombres), con rango de edad entre 30 y 56 años de edad, y de distintas especialidades. Se midió la ansiedad-estado a través del inventario de Ansiedad Rango-Estado de Spielberger y se realizó una entrevista clínica a cada participante. Antes de la intervención terapéutica los docentes obtuvieron una puntuación T en el IDARE correspondiente a un nivel de ansiedad alto o muy alto, y después de la intervención, obtuvieron un puntaje T correspondiente a un nivel de ansiedad muy bajo, bajo o promedio, lo cual constata que el programa de terapia de grupo aplicado, disminuyó el nivel de ansiedad-estado en los pacientes.

Villaruel et al. (2003), en la Universidad de Santiago de Chile, llevaron a cabo una investigación de tipo descriptivo transversal, el objetivo de este estudio fue evaluar las

diferencias psicosociales en distintas muestras de personas portadoras y no portadoras de VIH. La muestra estuvo compuesta por un total de 83 sujetos, de los cuales 38 eran portadores asintomáticos de VIH (15 hombres homosexuales, ocho hombres heterosexuales, 15 mujeres homosexuales y 15 mujeres heterosexuales). Se evaluaron 14 variables psicosociales, entre ellas: estrés, estilos de afrontamiento, apoyo social, ansiedad y depresión. Los resultados indican que se encontraron diferencias significativas en la ansiedad y la depresión, destacándose mayores índices de ansiedad en hombres y mujeres seropositivos y heterosexuales.

En la Pontificia Universidad Javeriana de Cali Colombia, Arrivillaga, et al. (2006), efectuaron una investigación que presenta la descripción y correlación de las variables psicológicas ansiedad-depresión, percepción de control sobre la Salud-PCS- y percepción de control sobre eventos estresantes de la vida-PCEEV, este estudio se realizó en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. La investigación fue de carácter experimental, de tipo descriptivo-correlacional, con diseño transversal. La muestra estuvo compuesta de 47 mujeres atendidas en instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia. Como medida se utilizaron la entrevista de datos demográficos, característica biomédicas y psicosociales en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. (Diseñada por los autores) y una batería de evaluación de variables psicológicas adaptada para mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. Los resultados mostraron que el 23.4% de la muestra presentaba indicadores clínicos de ansiedad, el 10.63% de depresión, el 6.38% muestra bajos niveles de PCS y el 100% de los participantes presentaron niveles moderados de PCEEV. Las variables ansiedad y depresión presentaron una correlación positiva, así como PCEEV con ansiedad y depresión; depresión con PSC y ansiedad con PSC presentaron correlación negativa.

1.3 Generalidades del VIH-SIDA

Pérez (2008), responde a la pregunta: **¿Qué es el VIH?** El VIH es un tipo de virus de la familia de los Retroviridae, esto es un retrovirus o un virus cuyo genoma está formado por ARN (en lugar de ADN). Para replicarse, este tipo de virus debe convertir su ARN en ADN antes de integrarlo en el genoma de la célula a la que infecta. Esta función de traducción de ARN a ADN requiere el concurso de una enzima llamada transcriptasa inversa. Además de tener familia, el VIH pertenece a un género, el de los Lentivirus, nombre que alude al largo

periodo de incubación que suele transcurrir desde el momento de la infección hasta la manifestación de los síntomas, evento que toma por sorpresa a los infectados. Se han encontrado virus de la misma familia y género que el VIH en diferentes especies de mamíferos, como vacas, felinos, caballos, ovejas y primates no humanos. Entre otras particularidades, el virus de la inmunodeficiencia que afecta a los primates (orden en el que estamos incluidos los humanos) se distingue por usar como receptor la proteína CD4.

Stanislawski, (1989) indica que Robert Gallo en el año de 1986 dio a conocer las diversas formas de transmisión: por exposición a sangre contaminada, mediante la transfusión o agujas contaminadas; en el periodo perinatal a través de la placenta, mediante el trasplante de órganos o injerto pertenecientes a personas infectadas y a través del contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales (sangre y/o fluidos vaginales, semen). Valdespino et al, (1993) manifiesta que la epidemia del SIDA transmitida sexualmente tiene una dinámica diferente a la del SIDA producido por transfusiones o por vía perinatal; aunque están interrelacionadas se trata de epidemias que tienen periodos de manifestación y momentos diferentes; mientras que al adquirir el virus por transmisión sexual se observa un periodo de manifestación de síntomas de SIDA de 8 a 10 años, el SIDA por transfusión sanguínea muestra un periodo que puede ser de 2 a 5 años y la transmisión perinatal tiene un promedio de solamente unos meses; desde el punto de vista de transmisión son tres epidemias con momentos diferentes.

Según la Revista Perspectivas Bioéticas (2010), la discriminación y el estigma hacia las personas que viven con el virus es un efecto generalmente silencioso, pero dañino de la epidemia de VIH/SIDA.

Es muy importante destacar que las reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad del VIH/SIDA, no solo simbolizan una gran muestra de su equilibrio somático, sino del pensamiento habitual del individuo, de su ritmo y funcionalidad ante la vida. No obstante, se presentan como una injusticia, como un suceso ilógico que el individuo diagnosticado no puede integrar en su existencia, la persona recientemente diagnosticada tiende a tomarlo como una ofensa; es una experiencia de agresión y de limitación.

De acuerdo con Bruhn (2000, citado por Arrivillaga, 2007), la adaptación psicológica a cualquier enfermedad grave potencialmente mortal depende de factores derivados de tres aspectos principales: médicos (síntomas, evolución clínica y complicaciones, en particular del sistema nervioso central); psicológicos (personalidad, capacidad para enfrentar problemas, apoyo interpersonal), y socioculturales (estigmas sociales vinculados a la enfermedad y a los grupos afectados).

1.3.1 Hitos principales de la historia del SIDA

Jáuregui, (2000), sugiere que en las primeras décadas del Siglo XX, la versión simia del virus del SIDA infectó a sus primeras víctimas humanas, y poco después se transformó en la variante letal que desencadenó la pandemia. La variante más peligrosa del virus del SIDA ya existía en África a principios de los años treinta. Esta es la conclusión a la que ha llegado un equipo de investigadores estadounidenses, tras analizar la evolución genética del VIH-1. Es sabido que el VIH empezó a extenderse en las regiones ecuatoriales de África central, tras un contagio inicial entre monos y seres humanos. Lo más probable es que una subespecie de chimpancé conocida como *Pan troglodytes troglodytes* transmitió el virus a la población humana, quizás como consecuencia de la caza y el consumo de estos animales. Mencionamos algunas fechas importantes referentes al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que marcan hitos a nivel mundial:

“1981: En junio se informa en EE. UU. Sobre un tipo extraño de neumonía que afecta a cinco varones homosexuales.

1982: Se da nombre al Síndrome: SIDA (en inglés, AIDS). Primer caso por transfusión de sangre. En EE.UU. Se computan ya 619 muertes por SIDA.

1983: El profesor Luc Montagnier aísla el virus del SIDA en el Instituto Pasteur (París).

1984: El profesor estadounidense Robert Gallo declara haber descubierto “otro” virus del SIDA. Resultará ser el mismo que el hallado por Motagnier.

1985: Primeros test para detectar anticuerpos en EE.UU. Primera Conferencia Internacional sobre el SIDA. Fallece Rock Hudson, primera famosa víctima de este mal.

1987: Se lanza el AZT, primer fármaco antirretroviral. Los prejuicios y la discriminación están en su apogeo.

1988: Se designa el 1° de diciembre como Día Mundial del SIDA.

1991: La OMS habla de casi diez millones de infectados en el mundo. Se avanza en el tratamiento combinado de varios fármacos.

1994. Declaración de la Cumbre sobre el SIDA en París: la pandemia del SIDA, una amenaza mundial.

1996: Se crea ONUSIDA, la agencia de la ONU especializada en esta enfermedad.

2001: Muere Ncosi Johnson, un niño sudafricano, nacido seropositivo, que se había convertido en símbolo de la lucha contra el SIDA.

2002: Informe ONU-OMS: la pandemia está agravando la hambruna en África austral.

2004: El último informe de ONUSIDA pone el énfasis en la especial vulnerabilidad femenina e infantil.” (Escandón, et al, 2006, p.145).

1.3.2 Juventud y VIH-SIDA.

Es preciso señalar que la enfermedad del VIH-SIDA no discrimina en absoluto, ningún grupo etario de la población; sin embargo, en la actualidad podemos observar, que tanto las mujeres como los niños y jóvenes se ven mayormente afectados por su propia condición biológica, emocional y psicológica como personas.

Según la Organización Mundial de Salud OMS (2005), la juventud está en el centro de la pandemia global del VIH/SIDA. Esto es una realidad tanto en países donde hay una epidemia generalizada, como en aquellos donde la epidemia es concentrada. Los jóvenes presentan un alto riesgo de contagio del VIH, porque al iniciar una vida sexual, suelen tener varias relaciones sexuales, normalmente consecutivas de poca duración y no siempre utilizan condón. En muchos países una proporción significativa de jóvenes inician su actividad sexual antes de alcanzar los 15 años. En algunos países, el uso de drogas por vía intravenosa se está extendiendo a una velocidad alarmante en este grupo de edad. Además,

es frecuente que los jóvenes cuenten con poca información y conocimiento del VIH/SIDA. Es posible que ellos no tengan conciencia de su vulnerabilidad a esta enfermedad, ni de cuál es la mejor forma de prevenirla. De igual manera, muchos no tienen acceso a los medios para protegerse.

A nivel psicológico, su personalidad aún no ha madurado y son muy susceptibles a la seducción y al engaño por parte de personas adultas que les ofrecen bienes materiales y dinero a cambio de favores sexuales. En las zonas donde el VIH/SIDA está decreciendo e incluso remitiendo, ha habido un compromiso genuino con la prevención del VIH, en particular, entre la población juvenil. Los jóvenes pueden tomar decisiones responsables sobre su salud si se les brinda la información, los servicios y el apoyo necesarios para adoptar conductas seguras. Por otra parte, cuando los jóvenes reciben apoyo, ellos pueden ayudar a educar a otras personas y motivarlas a tomar decisiones seguras. Trabajar con gente joven representa una de nuestras mayores esperanzas en la lucha contra el SIDA.

1.3.3 Mujer y VIH-SIDA

El auge del VIH entre el sexo femenino obedece a razones como:

- En primer lugar, las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección que los varones. “La probabilidad de transmisión de varones a la mujer en el acto sexual duplica a la del contagio inverso; las jóvenes son biológicamente más susceptibles que las mujeres adultas antes de la menopausia” (ONUSIDA, 2004).
- La prostitución es más común entre las mujeres, es otra conducta de riesgo para ellas.
- Según el MINSA (2018), a nivel de la región centroamericana, Panamá sigue siendo uno de los países más afectados por VIH, lo que ha influenciado en la ejecución de acciones como intensificar la prevención y promoción en temas de ITS/VIH, la ampliación del acceso al tratamiento del VIH, en la búsqueda de VIH en las embarazadas para prevenir la transmisión materno infantil y en el aumento de la oferta para la realización de la prueba de VIH en áreas de poca accesibilidad, entre otras.

- Hay razones de índole sociocultural que explica la diferencia. El predominio del varón en muchas sociedades se refleja en un comportamiento sexual masculino que constituye “el factor de riesgo más importante de VIH” (ibíd.). Y esto es así no menos entre las mujeres casadas que entre las solteras con actividad sexual. “Otro motivo de la expansión diferencial del SIDA entre las mujeres de gran parte del mundo es que todavía muchas de ellas no exigen el uso del preservativo”. (Escandón et al. 2006, p. 160).

Según Herrera (2006), para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales, la mujeres son 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (co-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro. Epidemiológicamente, los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS. Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres.

1.4 Estrategias de prevención del VIH-SIDA

“Son tres categorías en las que se dividen las estrategias de prevención de VIH-SIDA: biomédicas, estructurales y conductuales. Las estrategias biomédicas intentan prevenir la transmisión con compuestos farmacéuticos o intervenciones médicas; las dos habituales son: 1) Prevención de la transmisión materno-infantil a través de la Clínica de Terapia Antirretroviral o TARV a las mujeres embarazadas con VIH, efectuar una operación cesárea y dar TARV al bebé en las primeras semanas de vida como tratamiento profiláctico, y 2) Las vacunas, en las que se sigue haciendo investigación. Las estrategias biomédicas más recientes son la circuncisión y el tratamiento profiláctico preexposición y posexposición.

Las estrategias estructurales se concentran en impactar cuestiones sociales que se relacionan con el riesgo de infección, como la pobreza o el rezago educativo. Las estrategias conductuales son las que buscan cambiar el comportamiento de las personas para reducir su riesgo de contraer el VIH, por ejemplo, las enfocadas a promover el uso del condón o disminuir el consumo de drogas. Las estrategias conductuales para la prevención son las de mayor interés desde el campo de la psicología, porque inciden de manera directa en el comportamiento”. (Caballero et al, 2019, p. 49).

“Dos de las variables relacionadas con la prevención secundaria en el apoyo a personas con VIH/SIDA o PVVIH, y que son parte de estas estrategias conductuales, son las conductas sexuales, de manera específica el uso del condón y la revelación del diagnóstico de VIH a las parejas sexuales”. (Caballero et al, 2019, p. 50).

“Cuando se adquiere la infección, no solo incide a nivel biológico, sino que también afecta el entorno familiar, laboral, económico, social, ya que el VIH es una enfermedad estigmatizada con altos niveles de discriminación, que demanda conductas como: asistencia a citas médicas, estudios de laboratorio, toma del TARV con una adherencia casi perfecta (mayor de 95% de toma adecuada), además, implica cambios en el estilo de vida (alimentación, actividad física, reducción en el consumo de tabaco, alcohol y drogas), en la conducta sexual y en la decisión de con quién compartir el diagnóstico. La forma en que la experiencia emocional puede influir en la salud es múltiple, va desde el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, la elección de realizar o no conductas saludables, hasta la búsqueda y aceptación de apoyo social. Desde el diagnóstico, e incluso desde la prueba de detección del VIH, las personas experimentan en mayor o en menor grado algún tipo de trastorno emocional, de gravedad, duración e intensidad variables; estas emociones representan un problema cuando dificultan la adaptación al diagnóstico, la adherencia al tratamiento, desencadenan conductas de riesgo como consumo de alcohol, drogas, no uso de condón y en consecuencia, contribuyen a resultados negativos en la salud: no control del virus, resistencias al medicamento, superinfecciones, progresión a SIDA”. (Caballero y Gálvez, 2019, p. 50).

“Las reacciones emocionales más frecuentes asociadas a la infección por VIH son la ansiedad y la depresión. Los estudios informan que las PVVIH tienen más problemas de

salud mental que la población en general, con dos a cinco veces más prevalencia de depresión, ansiedad y suicidio, así como un mayor uso de sustancias”. (Caballero y Gálvez, 2019, p. 51).

“La ansiedad y en especial, la depresión, se han asociado de manera sistemática con una mala adherencia al TARV y en consecuencia, están relacionadas con un control virológico deficiente y conteo bajo de linfocitos T CD4. Estos dos problemas psicológicos, aunados a una mala calidad en la vida sexual, también se han asociado con la no realización de comportamientos preventivos como el uso del condón. Los estudios en poblaciones con enfermedades crónicas, incluido el VIH, han demostrado que la reducción de la ansiedad y la depresión facilita la realización de comportamientos saludables y ayuda a mantener éstos a largo plazo, así la disminución de la ansiedad y la depresión podría ser importante para facilitar los comportamientos preventivos en las PVVIH”. (Caballero et al, 2019, p.51).

1.5 Intervenciones psicológicas:

“Las intervenciones psicológicas en el tema de VIH se han dirigido sobre todo a favorecer la adherencia al tratamiento TARV, disminuir el estigma y la discriminación, reducir el malestar emocional (depresión, ansiedad, estrés), favorecer estilos de afrontamiento adaptativos, mejorar la calidad de vida y acortar conductas de riesgo. De las intervenciones psicológicas, las conductuales y las cognitivo conductuales son las que han mostrado mayor efectividad al disminuir estas problemáticas en comparación con otros modelos de terapia. En el contexto de la prevención, las intervenciones conductuales son las recomendadas para prevenir la infección por el VIH en las poblaciones que se consideran en riesgo (HSH, HTS,) y en las que ya tienen el VIH. Las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH varían según las características de la población, la ubicación geográfica y de factores de riesgo específicos”. (Caballero y Gálvez, 2019, p. 52).

“La situación se vuelve difícil para la persona diagnosticada, al tener que responder tanto a la idea de que está muy enferma como a los significados y construcciones sociales que tienden a silenciarlo y avergonzarlo: el problema para la víctima no es tanto el déficit de significados, sino más bien el exceso de significados, la mayoría de ellos humillantes, peyorativos y fuertemente estigmatizantes”. (Scheper-Hughes y Lock, 1986). “Por esto, no

es extraño que los portadores del VIH y los pacientes de SIDA registren altos niveles de estrés e incertidumbre (Weitz, 1989), como también el sentimiento de frustración, de humillación y el rechazo concreto (Eyre, 1991). Las familias tampoco están exentas de desajustes y dificultades emocionales (Macklin, 1998), “los parientes y amigos de un portador o enfermo de VIH/SIDA sufren hasta cierto grado aislamiento, estigmatización, temor, rechazo y dolor”. (Gutiérrez, 2009, p. 97, 98).

Según Fonnegra (1999), varios autores han planteado etapas o fases por las que transita la persona desde el diagnóstico, pasando por el proceso de enfermedad hasta llegar a la fase final. Sin embargo, es interesante retomar la propuesta pionera de Kubler-Ross (1993), quien plantea las fases de negación y aislamiento, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación. Estas fases sirven de guía a las personas que acompañan profesionalmente al enfermo en el afrontamiento de la enfermedad. Estas etapas no ocurren en todos los pacientes en una secuencia cronológicamente ordenada, y no siempre, al final, se logra la aceptación. “La respuesta psicológica ante la infección por VIH es variable e individualizada; depende de factores que tienen que ver con la edad, la historia personal, la forma como se produce la infección; con la percepción de la enfermedad, las creencias en torno a la salud, los recursos económicos, las redes de apoyo, las pérdidas recientes asociadas a la infección (de la pareja), entre otras.

La respuesta psicológica ante la infección por VIH es variable e individualizada; depende de factores que tienen que ver con la edad, la historia personal, la forma como se produce la infección; con la percepción de la enfermedad, las creencias en torno a la salud, los recursos económicos, las redes de apoyo, las pérdidas recientes asociadas a la infección (de la pareja), entre otras. Se han identificado múltiples reacciones emocionales frente al diagnóstico: impacto, estupor, miedo, ansiedad, tristeza, ira, frustración, desesperanza, impotencia, culpabilización, ideación suicida y trastornos obsesivos. Sin embargo, los estudios sobre reacciones emocionales asociadas al VIH/SIDA coinciden en señalar la ansiedad, la depresión y el estrés como las reacciones características de las personas que reciben un resultado positivo. “Estas reacciones son generadas tanto por el diagnóstico, como por variables relacionadas con la falta de conocimientos básicos sobre la infección, con la incongruencia entre la información que se recibe (Bayés, Pomeroy et al, 1995), la baja

autoestima y la autocrítica; las reacciones sociales negativas y el rechazo social (Castillo et al, 1995), entre ellos el de la familia y los amigos al tener que descubrir el diagnóstico y muchas veces, en forma simultánea, la orientación sexual y las actitudes de los profesionales de la salud. (Carvalho, 1999).

“La depresión ha sido determinante en muchos estudios como una reacción común en personas que reciben el diagnóstico de VIH/SIDA (Bayés, 1995). Burack et al. (1993), en un estudio con 330 hombres homosexuales y bisexuales, encontró que los hombres deprimidos perdieron un promedio de 81 células T-ayudantes al año, comparado con 59 pérdidas por hombres sin evidencia de depresión clínica. Ante las ideas expuestas, se sugiere que es importante tratar la depresión para retrasar la progresión del sida y así, prolongar la supervivencia.

Dentro de este contexto, la ansiedad leve crónica, caracterizada por tensión, irritabilidad y temor, es común entre pacientes que viven y se enfrentan al VIH (Bayés, 1995; Castillo et al., 1995; Remor et al., 2001).

Remor et al. (2001), Investigaron la relación existente entre la percepción de control y la ansiedad en una muestra de 100 pacientes de VIH/ SIDA, utilizando medidas de la primera sobre la salud; de la percepción de control sobre los eventos estresantes y la evaluación de la ansiedad; adicionalmente, realizaron mediciones de variables biomédicas, como el número de linfocitos CD4, la carga viral, el tiempo de infección y el estadio CDC. Los resultados sugieren que la ansiedad cambia según la etapa de la enfermedad en que se encuentran los sujetos y que la percepción de control sobre los acontecimientos estresantes tiene un efecto predictor sobre los niveles de ansiedad”. (Arrivillaga, 2007, p. 33).

1.6 Ansiedad

1.6.1 Ansiedad, definición según autores.

La Real Academia Española (2018), define la ansiedad como “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”.

En otra acepción señala que la angustia suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos. (Real Academia Española, 2018).

El autor Schlatter (2003), nos dice que la ansiedad es una sensación subjetiva que presentamos ante situaciones que valoramos como amenaza o riesgo, ya sea por su carácter novedoso o imprevisto, o por la intensidad del estímulo. Esta situación pone en alerta al cerebro, que es el encargado de promover la respuesta adecuada. Algunas de estas respuestas se encuentran «programadas» y son por tanto, automáticas; mientras que otras se realizan de manera consciente. En último caso, la parte consciente debería estar capacitada para moderar, dirigir y poner punto final a las distintas reacciones desencadenadas por la situación desencadenante. Como puede verse, se trata de un fenómeno tan antiguo como la vida misma, cuya finalidad es utilizar al máximo nuestros recursos ya sea para enfrentarse al «agresor» o para huir, pero teniendo siempre como objetivo de fondo el instinto de supervivencia.

Beck et al. (1985, citado por Virues, 2005) define la ansiedad como "la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas".

Kiriaccou y Sutcliffe (1987, citado por Virues, 2005) "una respuesta del individuo con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca,)"

Según Lazarus (1976, citado por Virues, 2005), la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Cumple la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente

Sum (2015), indica que la ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder. El concepto de ansiedad está pues estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la

ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas.

Baeza (2008), manifiesta que dependiendo de la naturaleza de las amenazas o adversidades, la ansiedad nos preparará para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema; para huir del posible peligro o amenaza; para evitar las situaciones aversivas o temidas; para buscar apoyo, elementos de seguridad y protección; para dotarnos de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y/o acceder a nuestros objetivos.

1.7 El concepto de “ansiedad”

Es muy importante establecer que tanto la angustia como la ansiedad participan de una vivencia nuclear común, aunque se debe establecer una diferencia entre lo que es el miedo y la ansiedad, para poder comprender lo que a nivel psicológico siente una persona ante este padecimiento.

Rojas (2014), nos dice que la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. Mientras en el miedo se produce por algo, en la angustia (o ansiedad) se produce por nada, se difuminan las diferencias. De ahí que podamos decir, simplificando en exceso los conceptos, que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior.

La ansiedad es una emoción de alarma que da lugar a una hiperactividad fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios. No es un fenómeno unitario, ya que puede tener cuatro componentes esenciales que provocan cuatro sistemas de respuestas (Rojas, 2014):

1. **Respuestas físicas:** son manifestaciones somáticas que se deben a una activación del sistema nervoso autónomo. Los principales síntomas son: Taquicardia, pellizco gástrico / nudo en el estómago, dificultad respiratoria, opresión precordial, sequedad de boca, aumento del tono muscular, náuseas o deseos de vomitar, despeños diarreicos, dificultad para tragar, vértigos o inestabilidad espacial

2. **Respuestas de conducta:** son manifestaciones observables de forma objetiva y que generalmente son motoras. Entre los síntomas más frecuentes podemos mencionar: Contracción de los músculos de la cara, temblores diversos en manos, brazos, piernas, otros; bloqueo generalizado (como una cierta paralización motora), estado de alerta, irritabilidad, respuestas desproporcionadas a estímulos externos simples, moverse de un sitio para otro (caminatas sin rumbo), cambios y altibajos en el tono de la voz, tensión mandibular, morderse las uñas o los padrastrós, jugar con objetos en las manos
 3. **Respuestas cognitivas:** Se refiere al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento, y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia. Sus principales síntomas son: Inquietud mental, miedos, temores de anticipación de lo peor, preocupaciones obsesivas, pensamientos intrusos negativos, pesimismo generalizado (sin base real), dificultades de concentración, pensamientos de los que no se puede liberar, cualquier noticia le afecta negativamente, se acuerda más de lo negativo que de lo positivo
 4. **Respuestas asertivas:** o necesitar tener algo entre las manos (o sociales): hacen referencia al contacto interpersonal. Sus síntomas más sobresalientes son: Le cuesta mucho iniciar una conversación con alguien que se encuentra; se le dificulta mucho presentarse a sí mismo en una reunión social; le cuesta decir que no o mostrar desacuerdo; bloqueo en las relaciones sociales; está muy pendiente de lo que los demás puedan opinar de él; prefiere pasar desapercibido cuando está con gente.
- En cada caso, la ansiedad mezcla unos síntomas, y otros se desdibujan o desaparecen. Se les llama respuestas fragmentadas.

1.8 Ansiedad normal y patológica

Bulacio (2004), destaca que la ansiedad es un fenómeno puro y exclusivamente humano, la cual aparece frente a diversas situaciones estresantes de la vida cotidiana de cualquier sujeto, funcionando como una señal de alerta, permitiendo anticipar respuestas relacionadas con la defensa o con el ataque. La defensa puede estar dirigida a amenazas inmediatas o potenciales dependiendo de la valoración cognitiva que el sujeto haga de los estímulos y de su capacidad de respuesta dependiente de la valoración de sus recursos. Es importante diferenciar que si

bien, la misma se desencadena a partir del estrés, ambos constructos no son lo mismo, ya que la ansiedad es una de las múltiples formas que tiene un sujeto para responder ante el estrés dependiendo del modo en que procesa la información.

“Por otro lado, suele confundirse el miedo con la ansiedad, ya que la sensación que genera es muy similar al estado por el que atraviesa un individuo con miedo ya que en el organismo se vivencian una serie de síntomas similares cuyo objetivo es adaptarse a la nueva situación y reaccionar de manera adecuada a la misma. En el caso del miedo, el sujeto reconoce el objeto externo que lo amenaza y a partir de esa identificación puede preparar su huida o afrontamiento al mismo siendo una emoción aguda provocada por un estímulo conocido; pero en el caso de la ansiedad el objeto amenazante es inespecífico ya que el sujeto no lo conoce y se vive un estado emocional más difuso”. (Escobosa, s.f, p.16).

“Se habla de ansiedad normal, entendiéndose esta como una emoción cuya función es adaptativa y que permite acceder a los objetivos propuestos por las personas, ejecutándose como una señal de alarma que advierte de un peligro inminente permitiendo tomar medidas para prevenir dicha amenaza o reducir sus consecuencias.

En consecuencia, cierto grado de ansiedad es necesario para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana, permite estar en alerta y mejorar el rendimiento personal y de la actividad de la persona gracias a su naturaleza anticipatoria. La ansiedad normal tiene entonces una utilidad biológica y adaptativa y se trata de una respuesta normal y necesaria. Ahora bien, cuando excede un cierto límite y la misma se generaliza o se transforma en una respuesta rígida se vuelve patológica y no permite acceder a los objetivos ya que es inhibitoria y genera mecanismos desadaptativos convirtiéndose en un problema de salud e interfiriendo de manera significativa en la vida de las personas.

La ansiedad patológica surge como respuesta desadaptativa cuando generalmente se anticipa un peligro irreal, es decir, que la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real y objetivo de la situación sino que ocurre de forma irracional frente a situaciones que carecen de peligro o bien el mismo es escaso (Belloch et al, 1995). Bulacio (2004), propone no eliminar la ansiedad normal, ya que la misma es un mecanismo funcional y adaptativo,

por el contrario hay que aprender a convivir con ella sin perder operatividad” (Escobosa, s.f, p.17).

1.8.1 Diferencias entre ansiedad normal y patológica

Tabla 1.

Diferencias entre ansiedad normal y patológica

Ansiedad Normal	Ansiedad Patológica
<ul style="list-style-type: none"> • Es una respuesta motivada • Es adaptativa (cumple una función para el individuo) • Adecuada y proporcionada al estímulo. • Tiene menor expresión corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta inmotivada • Desadaptativa (genera un malestar y desadapta al sujeto) • Inadecuada y desproporcionada al estímulo • Hay mayor expresión corporal • Es más frecuente, intensa y persistente

Fuente: Belloch et al., (1995).

“Como se ha aclarado anteriormente, la respuesta de ansiedad puede formar parte de múltiples cuadros clínicos o constituir un trastorno de ansiedad específico. Siendo un síntoma se debe descartar en primer lugar causas orgánicas o tóxicas y luego descartar una patología psiquiátrica con eje en otra sintomatología” (Bulacio, 2004, citado por Escobosa, s.f, p. 18).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente, y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la

ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Tabla 2.

Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos.

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: disnea.	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones. Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones.

Fuente: Grupo de Trabajo de la GPC para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

1.8.2 Ansiedad y miedo:

“La psicología relativa a la emoción es rica en perspectivas diversas e incluso opuestas sobre la naturaleza y función de las emociones humanas. Todos los teóricos de la emoción que aceptan la existencia de emociones básicas coinciden en considerar el miedo como una de ellas (Öhman y Wiens, 2004). Como parte de nuestra naturaleza emocional, el miedo se

produce como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica; advierte a los individuos de una amenaza inminente y de la necesidad de una acción defensiva (Beck y Greenberg, 1988; Craske, 2003); sin embargo, el miedo también puede ser desadaptativo cuando se produce en una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como representativa de un peligro o amenaza potencial. En consecuencia, dos son las cuestiones fundamentales para cualquier teoría de la ansiedad: cómo distinguir la ansiedad del miedo y cómo determinar cuál es la reacción normal frente a la anormal”. (Clark y Beck, 2012, p.21).

Muchas expresiones lingüísticas diferentes se refieren a la experiencia subjetiva de la ansiedad, palabras tales como “miedo”, “susto”, “pánico”, “aprensión”, “nervios”, “preocupación”, “horror” o “terror” (Barlow, 2002). Esto ha generado cierta confusión e inexactitudes en el uso habitual del término “ansioso”. No obstante, cualquier teoría de la ansiedad que espere ser útil para la investigación o tratamiento de la misma debe distinguir claramente el “miedo” de la “ansiedad. En su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (Barlow, 2002, p.104). La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Beck et al. 1985, p.104).

(Beck, Emery y Greenberg 1985, p.8), propusieron un punto de vista levemente distinto sobre las diferencias entre miedo y ansiedad. Estos autores definían el miedo como el proceso cognitivo que conllevaba “la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada”. La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985, p. 9). “Barlow y Beck coinciden en que el miedo es un constructo fundamental y discreto; mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general.

(Beck et al, 1985) subrayan la naturaleza cognitiva del miedo y Barlow (2002) se centra en los rasgos neurobiológicos y conductuales más automáticos del constructo, sobre la base de estas consideraciones, se presentan las siguientes definiciones de miedo y ansiedad como pauta para la terapia cognitiva” (Clark y Beck, 2012, p.32).

1.9 Ansiedad rasgo y estado

Spielberger (1972), considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado – Rasgo (Cattell y Scheier, 1961).

La ansiedad estado, según Spielberger (1972, citado por Salazar 2015), es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad - rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo.

En cuanto a la ansiedad rasgo, habría que suponer que individualmente varía poco, y, debido a su influencia, las diferencias de ansiedad estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberger (1989, citado por Salazar 2015) manifiestan que, en caso de ansiedad rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad estado.

La ansiedad rasgo es considerada como un pilar pertinente de la falta de ajuste emocional a una enfermedad crónica. Se ha constatado que la intensidad del dolor está ligada a la ansiedad rasgo en los sujetos aquejados de lumbalgia crónica (por ejemplo, Murphy, Thompson y Morris, 1997) y que las personas diabéticas tienen niveles mayores de ansiedad (Friedman et al. 1998 citado por Salazar 2015).

1.10 Factores biológicos, ambientales y psicosociales de la ansiedad

“Los trastornos de ansiedad como tal, son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales. Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria” (Grupo de Trabajo de la GPC para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008, p.32).

“La ansiedad es una reacción global del organismo ante una situación que percibe como amenazante a su existencia y que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. La ansiedad es patológica por su forma de presentación, su intensidad, su persistencia y su recurrencia inmotivadas” (Romero, 2009, p.27).

Según Romero, (2009), la ansiedad tiene dos componentes:

1. La presentación de manifestaciones o sensaciones somáticas como: Diarrea, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, hipertensión, palpitaciones, midriasis, inquietud, síncope, taquicardia, parestesias en extremidades, temblores, molestias gástricas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias.

2. La presencia de síntomas cognitivo-conductuales y afectivos como: Inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.

Es preciso señalar que la sintomatología ansiosa en pacientes con VIH o SIDA, puede extenderse de episodios normales transitorios a severos, debilitando sus condiciones y perjudicando su calidad de vida. La ansiedad es un síntoma inherente al igual que la depresión del VIH, siendo ambos con frecuencia el foco de quejas, de los pacientes; por tal motivo es importante efectuar una evaluación completa de la sintomatología de cada persona que la padece.

1.11 Ansiedad psíquica y somática.

“La distinción entre ansiedad psíquica y ansiedad somática es más que nada teórica, ya que en el fondo se trata de las dos caras de un mismo fenómeno. La ansiedad psíquica se refiere fundamentalmente al componente de preocupación, obsesividad, miedo, necesidad de búsqueda de ayuda, percepción de pérdida del control, entre otras. La ansiedad disminuye la concentración y por tanto dificulta el aprendizaje; distorsiona las percepciones; reduce la memoria, sobre todo por afectarse la capacidad de retención de nuevos datos; además de alterar la capacidad de asociar o relacionar conceptos. Por su parte, a ansiedad somática se refiere a las manifestaciones corporales: palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco, temblor, escalofríos, hormigueos, sequedad de boca, sudoración, dificultad para respirar o para tragar, sensación de inestabilidad, entre otros”. (Schlatter, 2003 p.14).

“Esta relación tan estrecha entre ambos tipos de ansiedad se manifiesta en el hecho de que cualquier idea, imagen o recuerdo que genere ansiedad psíquica, automáticamente se manifestará por algunos o todos los síntomas somáticos mencionados. En el sentido contrario, la percepción de los síntomas somáticos (temblor de las manos, voz quebrada,

rubor de la cara, etc.) desencadenará la aparición de ansiedad psíquica, al ser más consciente la persona de la sensación de peligro o por vergüenza ante la imagen que pueda estar dando hacia el exterior”. (Schlatter, 2003 p.15).

En su libro *El hombre en busca de sí mismo*, “la complejidad de la ansiedad sigue captando la atención de algunos científicos, estudiosos y pensadores críticos más importantes de nuestros tiempos. May (1953, p.30), afirmaba en su obra, antes mencionada, “la segunda mitad del siglo XX estaría más influenciada por la ansiedad que ningún otro período histórico desde finales de la Edad Media”. Si esta afirmación es útil para el siglo pasado, ¿no es aún más apropiada para los inicios del Siglo XXI, dadas las amenazas sociales, políticas y económicas que nos persiguen? A pesar de que la guerra fría haya concluido de vivir una etapa de relativa estabilidad y cooperación global y de disfrutar de prosperidad económica y avances tecnológicos sin precedentes, una parte importante del mundo occidental vive en un estado de perpetua amenaza e incertidumbre. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2003), unos 40 millones (el 18%) de americanos adultos aproximadamente, padecen algún trastorno de ansiedad, con enfermedades mentales graves entre las que se incluyen los trastornos de ansiedad, que equivalen a unas pérdidas de ganancias personales de 193 billones de dólares (Kessler et al., 2008). En consecuencia, no es de sorprender que la búsqueda de tratamientos accesibles y efectivos para los trastornos de ansiedad se haya convertido en una de las principales iniciativas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados.” (Clark y Beck, 2012, p.14).

1.12 Etiología y sintomatología de la ansiedad.

Según Virues (2005), existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusivas" y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las

reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.

A continuación se mencionarán algunos enfoques sobre la ansiedad, según Suárez (2009):

1. **Perspectiva psicofisiológica:** La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una excesiva estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirá en síntomas psicológicos de ansiedad.
2. **Teoría psicodinámica.** El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal de peligro en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del “superyó” y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.
3. **Teorías conductistas.** El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables, adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.
4. **Teorías cognoscitivistas.** Consideran a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros

podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

1.13 Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona es diagnosticable como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes: DSM-V (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA). CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

1.13.1 Presentación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5 Trastornos de Ansiedad.

Trastornos de ansiedad.

Debido a la diversidad de factores circunstanciales que inciden en los estados de ansiedad o miedo, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, también conocido como DSM-5, establece una clasificación de los trastornos de ansiedad, el cual nos facilita tanto su identificación como el tratamiento adecuado.

- **Trastorno de ansiedad por separación. 309.21 (F93.0).** Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada en relación a su separación de aquellas personas hacia las cuales siente apego.
- **Mutismo selectivo. 313.23 (F94.0.)** Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación constante de dificultades al hablar en situaciones sociales específicas, a pesar de poder hacerlo en otras situaciones de manera adecuada.
- **Fobia específica. 300.29 (F40.218 Animal), (F40.228 Entorno Natural), Sangre-Inyección-Herida), (F40.248 Situacional), (F40.298 Otra).** Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica: Miedo a volar, a las alturas, ver sangre, otros.

- **Trastorno de ansiedad social (Fobia social). 300.23 (F40.10).** Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto al posible examen por parte de otras personas: mantener una conversación, ser observado mientras come o bebe, dar una charla delante de varias personas, otros.
- **Trastorno de pánico. 300.01 (F41.0).** Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación imprevista y recurrente de miedo o malestar intenso, el cual alcanza su máxima expresión en minutos, y caracterizada entre otros criterios, por los siguientes síntomas: Palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo de “volverse loco”, miedo a morir.
- **Agorafobia. 300.22 (F40.00).** Trastorno de ansiedad caracterizado por la ansiedad intensa que surge en lugares o situaciones donde sería difícil escapar.
- **Trastorno de ansiedad generalizada. 300.02 (F41.1).** Trastorno mental caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva en relación a la posible ocurrencia o antelación de una serie de acontecimientos o actividades (laboral o escolar).
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. (F1x.8).** Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva que ha sido inducido por intoxicación o abstinencia de sustancias o medicamentos
- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. 293.84 (F06.4).** Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- **Trastorno de ansiedad no especificado. 300.00 (F41.9).** Trastorno mental caracterizado por la presencia de los signos característicos de un trastorno de ansiedad que causa malestar clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento (social, académico, laboral), pero no cumplen los criterios de otros trastornos de ansiedad.

- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Trastorno mental caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva en relación a la posible ocurrencia o antelación de una serie de acontecimientos o actividades (laboral o escolar).

Criterios Diagnósticos de la Ansiedad Generalizada

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-5, la define como un trastorno de ansiedad caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva acerca de una serie de acontecimientos o actividades, y determina ciertos criterios específicos para considerar que un patrón de conducta deba enmarcarse como trastorno de ansiedad generalizada.

A.- Esta sintomatología debe manifestarse durante más días de los que han estado ausentes, causando malestar clínicamente significativo en distintas áreas de funcionamiento (social, laboral, académico), durante un período mínimo de seis (6) meses.

B.- Al sujeto le es difícil controlar la preocupación.

C.- Esta ansiedad o preocupación están relacionadas a tres o más de los siguientes síntomas (En niños solo se requiere un solo ítem):

- Nervios de punta o sensación de encontrarse atrapado.
- Fatigarse con facilidad.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (Insatisfactorio, dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo).

D.- Esta alteración no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia ni se explica mejor por otro trastorno mental.

Descripción clínica de la ansiedad generalizada:

La persona con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada manifiesta una intensidad, frecuencia y duración desproporcionada respecto al impacto real del evento o situación que anticipa, interfiriendo esto con su atención a las tareas inmediatas y en muchas ocasiones,

asociadas a síntomas físicos. Esta preocupación consume una gran cantidad de tiempo y energía, lo cual sumado a distintos síntomas físicos que esto genera, contribuye a un deterioro más rápido del sujeto, llegando incluso, a afectar o interferir en la capacidad de fomentar la confianza en los hijos. Mientras que la ansiedad no patológica (normal), no afecta el funcionamiento psicosocial, el sujeto se puede permitir atender un evento que considere más urgente a aquel que le genera la ansiedad, asociada a una menor frecuencia de síntomas físicos (inquietud, nerviosismo).

En los adultos, muchas de estas preocupaciones están relacionadas a actividades o eventos cotidianos del día a día, bien sea en su contexto laboral, salud, finanzas, familia, otro; mientras que en los niños, la ansiedad desproporcionada se observa al afrontar competencias que midan su calidad o desempeño en el ámbito deportivo o académico.

Desde el punto de vista físico, las personas afectadas con trastorno de ansiedad generalizada, pueden relacionar la enfermedad con tensión muscular, temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. En ocasiones, estas personas también pudiesen manifestar síntomas somáticos como sudoración, jaquecas, náuseas, diarrea y reacciones de sobresalto exageradas. En menor nivel de frecuencia e intensidad, se encuentran los síntomas de hiperactividad vegetativa: ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos. (Valero, 2018).

1.14 Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad, según el CIE-

10

F40-F41

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastorno de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.1 Fobias sociales

F40.3 Fobias específicas (aisladas)

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastornos de ansiedad sin especificación.

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos e incluso, algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que estos sean claramente secundarios o menos graves.

F40 Trastornos fóbicos de ansiedad

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas; en consecuencia, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. Para definir si se requieren dos diagnósticos: la ansiedad fóbica y el episodio depresivo, o si solo es necesario uno, hay que basarse en la evolución en el tiempo de las dos afecciones y en las consideraciones terapéuticas en el momento de la consulta.

F40.0 Agorafobia

Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en ómnibus o en avión. Una característica frecuente en los episodios anteriores y en los actuales es la crisis de angustia (pánico). También aparecen con

frecuencia síntomas depresivos y obsesivos, y fobias a la interacción social, en calidad de rasgos secundarios. A menudo, los pacientes evitan notablemente la situación fóbica, ya que algunos agorafóbicos experimentan poca ansiedad, es decir, está dentro de su capacidad evitar esas situaciones fóbicas.

Agorafobia sin historia de trastornos de pánico

Trastorno de pánico con agorafobia.

F40.1 Fobias sociales

Temor a ser escudriñado por la gente, que lleva al paciente a evitar situaciones de interacción social. Las fobias más profundas a la interacción social se asocian habitualmente con una baja autoestima y con un temor a la crítica. Los pacientes pueden presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, náuseas o necesidad urgente de orinar, y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad es su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta los ataques de pánico.

Antropofobia.

Neurosis social.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingestión de ciertos alimentos, la atención dental o la visión de sangre o de heridas. Aunque la situación desencadenante es discreta, su aparición puede provocar pánico, al igual que en la agorafobia o en la fobia social.

Acrofobia.

Claustrofobia.

Fobia a los animales.

Fobia simple.

Excluye: Dismorfofobia (sin delirios) (F45.2) Nosofobia (F45.2).

F40.8 Otros trastornos fóbicos de ansiedad

F40.9 Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado

Estado fóbico SAI

Fobia SAI

F41 Otros trastornos de ansiedad

Trastornos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. Pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, a condición de que estos sean claramente secundarios o menos graves.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

El rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto, son impredecibles. Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). Con frecuencia se manifiesta un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. La crisis de angustia no debe aparecer como diagnóstico principal si el paciente padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión.

Ataque de pánico

Estado de pánico

Excluye: trastorno de pánico con agorafobia (F40.0).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo, los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve, ya sea ellos mismos o alguno de sus parientes.

Estado de ansiedad, Neurosis de ansiedad.

Reacción de ansiedad excluye Neurastenia (F48.0).

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada.

Depresión de ansiedad (leve o no persistente).

F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos

Síntomas de ansiedad mezclados con rasgos de otros trastornos en **F42–F48**. Ningún tipo de síntoma es suficientemente grave como para justificar un diagnóstico, si es que se consideran aisladamente.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Histeria de ansiedad.

F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado. Ansiedad SAI.

1.15 Tratamiento para la ansiedad.

- **Psicoterapia dinámica breve.** En ocasiones, el nivel de ansiedad será tan alto e intenso, que ameritará la intervención del psicólogo a través de una Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia que logre establecer las condiciones para poder implementar posteriormente, una psicoterapia de mayor duración, que permita afrontar y comprender no sólo los elementos que sustentan la angustia exógena o la angustia endógena con elementos preconscientes, sino profundizar al nivel inconsciente. Como base de la Psicoterapia Dinámica Breve, el psicoanalista Leopold Bellak establece un conjunto de criterios que el terapeuta debe considerar en casos de ansiedad y angustia intensa: Establecer la causa inconsciente de la angustia endógena (Temor a perder el control de los impulsos, reacciones ante el aniversario de algún acontecimiento significativo, ansiedad de separación, drogas o fármacos, reacciones a un Superyó severo, Masoquismo moral, etc.), Establecer la continuidad entre angustia inmediata-detonante e historia personal, significado inconsciente del acontecimiento externo, proveer estructura al paciente, interpretar la negación, alentar la expresión catártica de los afectos e ideación asociadas a la angustia. (Valero, 2018).
- **Farmacología.** Como se comentó en la sección de causas biológicas del Trastorno de Ansiedad Generalizada, para el tratamiento farmacológico de esta enfermedad, se emplea el uso de fármacos que son muy empleados para el tratamiento de la Depresión y trastornos del estado de ánimo. Específicamente, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), relacionados con el equilibrio de los neurotransmisores GABA. (Valero, 2018).
- **Terapia cognitivo conductual.** Este enfoque terapéutico permite identificar y modificar los pensamientos disfuncionales, automáticos o irracionales que han permitido al individuo reaccionar de manera inadaptativa ante situaciones estresantes, estableciendo estrategias de exposición y desensibilización sistemática que permitan cambiar estos patrones de conducta. (Valero, 2018).
- **Red de apoyo.** Esta red incluye familiares directos y amistades de la persona, contactos del psicoterapeuta, centros de atención de emergencia, otros. Así como

personas que puedan atender a los hijos de estos pacientes, en caso de que estos se encuentren en crisis nerviosa o de ansiedad. (Bellak, 1993).

Por lo general, las personas que sufren de ansiedad y no lo saben, y que no reciben atención especializada, tratan de mitigarla en distintas formas. (Valero, 2018).

Aduriz, (2018), afirma que entre la múltiples fórmulas que vamos inventando para calmar nuestra ansiedad en el momento en que aparece, se encuentran la comida, la bebida, el deporte, el trabajo agotador, el juego, la droga, las diversas formas de recorte de partes de nuestro cuerpo (cabello y uñas), el sexo, y un conjunto casi interminable de intentos de apaciguar eso que nos invade como un alien. Otra fórmula socorrida para calmar la ansiedad es evitar los peligros, situación de donde nacen todas las inhibiciones. En este caso, el sujeto deja de participar en grupos, deja de subir a un avión, deja de hablar en público.

Como se puede observar, hay diversas formas de tratar y controlar en cierta medida la ansiedad; sin embargo, vamos a profundizar un poco más en la Terapia Cognitivo Conductual, que es el enfoque principal que emplearemos en la presente investigación.

1.16 Terapia Cognitivo Conductual.

“La TCC incluye técnicas psicoeducativas, de modificación de cogniciones, de comportamientos y de la activación psicofisiológica. Las estrategias psicoeducativas y las técnicas conductuales favorecen la adherencia a tratamientos médicos, y tienen un impacto significativo en el control de la enfermedad, sobre todo cuando se conjugan con el desarrollo de habilidades sociales en el paciente, para favorecer su relación y comunicación con el equipo de salud. Las técnicas de reestructuración cognitiva se emplean en situaciones donde los pensamientos o creencias equivocadas de los pacientes interfieren con conductas de salud o intensifican emociones negativas; estas técnicas favorecen formas más funcionales y objetivas de interpretar y evaluar situaciones difíciles en el futuro. Las técnicas de relajación disminuyen la activación psicofisiológica y el control del dolor.” (Caballero et al., 2019, p XII).

Según Imgram y Scott (1990), el presupuesto teórico fundamental de la terapia cognitiva es que los individuos interpretan y reaccionan ante los acontecimientos en función del

significado que le otorgan. Un segundo presupuesto teórico es que las deficiencias cognitivas pueden causar trastornos emocionales; de estos presupuestos se determina que el eje cardinal de la terapia consiste, fundamentalmente, en cambiar las cogniciones del cliente. En conceptos más sencillos, los terapeutas cognitivos creen que la causa de los problemas emocionales y comportamentales son los pensamientos erróneos, y que la tarea primordial de la terapia cognitiva es cambiar el pensamiento erróneo. Las técnicas para hacerlo pueden clasificarse bajo tres categorías generales: Métodos de reestructuración cognitiva, métodos de afrontamiento autoinstruccional, y estrategias de solución de problemas.

Según Beck, Rector y Stolar (2005), los modelos de tratamiento cognitivo modifica en las personas sus cogniciones disfuncionales sobre el mundo y su persona; a diferencia de los terapeutas conductuales, quienes se concentran en modificar el comportamiento externo, los terapeutas cognitivos tratan de modificar la forma en que los individuos piensan, lo mismo que su conducta, en virtud de que con frecuencia se rigen en los principios básicos del aprendizaje, su método se conoce como modelo cognitivo-conductual.

“Aunque los modelos de tratamiento cognitivos adquieren muchas formas, todos comparten la premisa de que la ansiedad, la depresión y las emociones negativas se desarrollan a partir de pensamientos inadaptados. En consecuencia, los tratamientos cognitivos buscan modificar los patrones de tratamiento que atrapan a la persona en formas de pensamiento disfuncionales. Los terapeutas le enseñan sistemáticamente a los pacientes a cuestionar sus premisas y adoptar nuevos métodos para abordar viejos problemas.” (Feldman, 2010, p. 494).

“La terapia cognitiva es relativamente corta, pues por lo común, no dura más de veinte (20) sesiones. La terapia suele estar estructurada y orientada a problemas concretos. Los terapeutas a menudo empiezan por enseñar la teoría que hay detrás del modelo, y luego asumen un papel activo durante el curso de la terapia, actuando en una combinación de papeles como los de maestro, entrenador y compañero.” (Feldman, 2010, p. 494).

Podemos concluir entonces, que la Terapia Cognitiva Conductual, se puede aplicar según la conciben reconocidos expertos, en todas las edades y en una variedad de problemas, principalmente en los trastornos de ansiedad o depresión; puede emplearse de manera

atinada, para tratar los trastornos de pánico, alimenticios, obsesivo compulsivo, bipolar, fobias, estrés, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, ataque de ira, problemas para dormir, trastorno dismórfico corporal, dolor persistente, problemas sexuales o de relación.

Es importante destacar, los beneficios de la Terapia Cognitiva Conductual, pues sus resultados han sido reconocidos y validados por el método científico, puesto que un sin número de pacientes han mejorado significativamente más de lo que se hubiera logrado en un programa con el efecto placebo, que es totalmente diferente a las intervenciones terapéuticas, programadas, que emplean todas las bondades de la terapia cognitiva conductual para una diversidad de problemas psicológicos, como en el caso de pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

Como es de nuestro conocimiento, la TC se emplea con un tratamiento a corto plazo, con sesiones individuales semanalmente; en ocasiones también se ofrecen sesiones de grupo. La cantidad de sesiones dependerá del trastorno y del compromiso con el tratamiento. Cada sesión dura una hora aproximadamente.

El Centro de Apoyo o APA Help Center (2010), manifestó que la gran mayoría de las personas que padecen trastornos de ansiedad pueden reducir o eliminar sus síntomas y regresar a una vida normal al cabo de varios meses de psicoterapia apropiada. Muchas personas notan progresos en la eliminación de síntomas y la recuperación de su capacidad de funcionar al cabo de unas cuantas sesiones de tratamiento. Es muy importante entender que los tratamientos para los trastornos de ansiedad no surten efecto al instante. El paciente debe sentirse cómodo desde el principio con el tratamiento general propuesto, y con el terapeuta con el que está trabajando. La cooperación del paciente es fundamental, y debe haber una fuerte sensación de que el paciente y el terapeuta están colaborando como un equipo para remediar el trastorno de ansiedad.

Ningún plan da buenos resultados con todos los pacientes. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades del paciente y al tipo de trastorno(s) que tiene. El terapeuta y el paciente deben trabajar mancomunadamente, para evaluar si el plan de tratamiento está bien encaminado. A veces, es necesario realizar ajustes al plan, dado que los pacientes responden de manera diferente al tratamiento. No hay duda de que varios tipos de trastornos de

ansiedad pueden afectar gravemente la función que desempeña una persona en el trabajo, en el entorno familiar y social; sin embargo, las posibilidades de una recuperación son muy buenas a largo plazo, para la mayoría de las personas que buscan ayuda profesional. Las personas que tienen trastornos de ansiedad pueden trabajar con un terapeuta calificado y experimentado, como un psicólogo autorizado para que les ayude a recuperar el control de sus sentimientos y pensamientos y últimamente, el control de sus vidas. (American Psychological Association, 2019).

Es lógico que muchas personas que tienen trastornos de ansiedad no tratados adecuadamente, son propensas a otros trastornos psicológicos, verbigracia la depresión, y tienen una mayor tendencia al abuso de alcohol y otras drogas. Sus relaciones con familiares, amigos y compañeros de trabajo pueden volverse muy tirantes y conflictivas, coadyuvando a que su desempeño laboral pueda decaer y consecuentemente, pierdan su trabajo, agravando más su situación personal y familiar.

Por otra parte, el terapeuta según Beck, (1979, citado en Camacho 2003), debe tener tres características básicas, a saber: **Aceptación:** el terapeuta debe aceptar plenamente al paciente, con su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida. **Autenticidad:** el terapeuta debe ser genuino, sincero y auténtico; la falta de honestidad por parte del mismo dificulta el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Si uno como terapeuta va a decir algo agradable solo para hacer sentir bien al paciente, pero sin creerlo y sentirlo verdaderamente, será preferible no decirlo; la franqueza y la autenticidad deben ser valores fundamentales del terapeuta. **Empatía:** con este término se hace referencia a la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, si bien esto puede ser difícil en muchos casos, se trata de ser receptivo con el sufrimiento del otro, tampoco es algo mimético que hace que uno esté en el lugar del otro realmente, sino simplemente que pueda resonar internamente, comprender y acompañar en el padecimiento al paciente desde una percepción humanística y sentimental.

Gabalda (2007), nos dice que es preciso señalar, que la Psicoterapia Cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento: **Activo:** ya que terapeuta y paciente cumplen ambos roles activos en la terapia. **Directivo:** el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones dicho tratamiento. **Estructurado:** existen ciertos pasos o procedimientos a seguir para la

realización del mismo. Con tiempos limitados: se planifica el trabajo terapéutico determinando el mismo a cierto período de tiempo, debidamente planificado para lograr el objetivo previamente establecido.

1.16.1 El modelo ABC de Albert Ellis.

Regader (2019), señala que Ellis es considerado uno de los psicólogos más influyentes de Estados Unidos, fue el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), la que sentó las bases de la actual y popular Terapia Cognitivo Conductual. Según el creador de esta terapia, la perturbación emocional en sí, no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones personales que cada sujeto da a esas situaciones. Cuando las personas se enfrentan cotidianamente a las adversidades, pueden elegir libremente entre sentir emociones negativas, pero saludables (decepción, molestia, frustración) o malsanas (ansiedad, depresión, cólera).

Masariegos (2013), nos indica que posteriormente Ellis desarrolló un modelo ABC, el cual explica lo que ocurre a partir de cualquier acontecimiento, donde podemos generar emociones saludables o dañinas, según la interpretación que hagamos de él. Gráficamente, se señala que “A” representa el acontecimiento adverso, externo, como un fracaso o el rechazo de alguien hacia nosotros, o un suceso interno como (pensamiento, imagen, fantasía, conducta sensación, emoción, etc.). “B” (Belief) representa las creencias de cada persona, es decir, su filosofía de vida o su punto de vista sobre “A”, incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, otros. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales. “C” se refiere a las consecuencias que las personas generan como resultado de “A” y “B”. La “C” puede ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

“El objetivo general de la Terapia Cognitiva-Conductual es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo (self-awareness), facilitar una mejor comprensión de uno mismo, y mejorar el autocontrol en base a desarrollar unas habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. La TCC ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser predominantemente negativos además de sesgados y excesivamente

autocríticos. Los procesos de autoevaluación (self-monitoring), educación, experimentación y comprobación (testing) favorecen el hecho que dichos pensamientos y creencias sean sustituidos por unas cogniciones más positivas, equilibradas y funcionales, que reconocen y toman en consideración los puntos fuertes y los propios logros. Se identifican los déficits cognitivos y conductuales y se aprenden, comprueban, valoran y refuerzan nuevas habilidades cognitivas de solución de problemas, además de otras formas diferentes de actuar. Se desarrolla una mayor comprensión de la naturaleza y las razones que subyacen a las emociones desagradables, a medida que estas van quedando atrás y se van sustituyendo por unos sentimientos más placenteros. Finalmente, la adquisición de nuevas habilidades cognitivas y conductuales permiten afrontar con éxito y de una forma más apropiada, toda una serie de situaciones nuevas y difíciles” (Stallard, 2007, p. 28).

El objetivo primordial de la Terapia Cognitivo Conductual es aprender a identificar y modificar los patrones cognitivos que producen las ideas y conductas desadaptadas. “Así tenemos que las creencias, valores, actitudes y expectativas que modelan nuestra conducta no son frutos de las emociones, ni se generan en el corazón, sino que son fruto de nuestros pensamientos. El llanto, la carcajada, el sentimiento de derrota o de triunfo, el amor o el desamor, el abatimiento o la dicha, la frustración, la culpa o la tristeza son consecuencias del pensamiento, no sus causantes.” (Sánchez, 2009, p.69).

Según Jaume (2000, citado por Sánchez, 2009), adoptar una actitud positiva o negativa ante la vida, y que la relación personal con el mundo que nos rodea sea satisfactoria, el que la relación que mantenemos con nosotros mismos sea armoniosa y benéfica depende del tono de las cogniciones.

En conclusión, se puede resumir que un pensamiento racional es verificable, real y provoca consecuentemente emociones moderadas, acordes con la situación que ha activado el pensamiento. Contrariamente un pensamiento irracional, no se puede verificar con la realidad y genera emociones desmesuradas que no están cónsonas con el acontecimiento que ha activado dicho pensamiento. Así que, como la Terapia Cognitivo Conductual tiene una naturaleza educativa, en tal sentido se espera que el terapeuta enseñe al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas, emocionales y comportamentales que surgen del pensamiento

perturbador o irracional para que pueda modificar este pensamiento por otro más adaptativo, para su progreso personal.

Beck (2000), señala que la modificación del pensamiento desadaptativo produce una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento, lo que se traduce en un bienestar psicológico, que en última instancia es lo que se busca con los pacientes que sufren de ansiedad, lo que se logra a través de la utilización de la Terapia Cognitivo Conductual.

1.16.2 Las distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son los errores de procesamiento de la información, que las personas cometen debido a los esquemas negativos activados, son las que explican cómo se mantienen las creencias sobre la validez de sus conceptos negativos y nos muestra algunos ejemplos (Sánchez, 2009, p.74, 75):

- **Inferencia arbitraria:** Tendencia a sacar conclusiones negativas sin que hayan datos objetivos que las justifiquen.
- **Abstracción selectiva:** Valorar una experiencia centrándose en un detalle específico, extraído fuera de su contexto e ignorando otros más relevantes.
- **Tendencia a sacar conclusiones de una situación sin existir evidencia que las apoyen o incluso con evidencia en contra de las conclusiones.** Se selecciona la información de modo consistente con un esquema disfuncional.
- **Generalización excesiva:** Extrae una conclusión general a partir de hechos aislados y aplicados indiscriminadamente.
- **Magnificación y minimización:** Consiste en la tendencia a aumentar los fracasos y a disminuir los éxitos de una manera desproporcionada. Estas personas cuando miden sus defectos, errores, carencias o fracasos toman una actitud que lo exagera, haciendo que cualquier fallo parezca imperdonable. Cuando miden sus logros, éxitos, cualidades o triunfos, toman una actitud que disminuye, haciendo que cualquier logro parezca insignificante.
- **Personalización:** La persona se hace responsable no sólo de sus propios actos sino también de las acciones de los demás. Cree que todo cuanto sucede alrededor de ella es culpa suya, aunque no hayan tomado parte en ello.

- **Pensamiento absolutista y dicotómico:** De todo o nada, sin tener en cuenta grados intermedios, ni tonalidades intermedias.

El estilo característico de la Terapia Cognitivo Conductual consiste en que el terapeuta evita contestar una pregunta del paciente y ante la misma, le plantea otra pregunta esperando que sea él mismo quien llegue a la conclusión.

1.16.3 Consecuencias y resultados:

La presencia de un trastorno de ansiedad o incluso, de síntomas ansiosos, se asocia con una reducción significativa de la calidad de vida, así como del funcionamiento social y ocupacional (Mendlowicz y Stein, 2000).

En una revisión meta-analítica de veintitrés estudios, en el cual Olatunji et al. (2007), hallaron que todos los individuos con trastornos de ansiedad experimentaban resultados de calidad de vida significativamente más pobres que las personas de las muestras del grupo control, y el deterioro global de la calidad de vida era equivalente en los diferentes trastornos de ansiedad.

La ansiedad tiende también a reducir la calidad de vida y el funcionamiento social en pacientes con una enfermedad médica crónica comórbida (Sherbourne et al., 1996). Olfson et al. (1996), incluso encontraron que los pacientes de atención primaria que no satisfacían los criterios diagnósticos del TAG, angustia o TOC, pero presentaban síntomas de estos trastornos, manifestaban más días laborales perdidos, más problemas maritales y más visitas al profesional de salud mental. El impacto negativo de los trastornos de ansiedad en términos de angustia, discapacidad y utilización de servicios puede ser aún mayor que para los individuos cuyo principal problema sea un trastorno de personalidad o abuso de sustancias (Andrews et al., 2002).

“De hecho, los individuos con trastorno de angustia evidencian un funcionamiento social y laboral significativamente menor en sus actividades cotidianas que los pacientes con enfermedades médicas crónicas como la hipertensión (Sherbourne et al., 1996). Los individuos con un trastorno de ansiedad diagnosticable acuden con más frecuencia a los profesionales de la salud mental y son más propensos a consultar a sus médicos de cabecera

en relación a problemas psicológicos que los controles no clínicos (Marciniak et al., 2004; Weiller et al., 1998, citado por; Clark y Beck, 2012, p.39).

“Los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, siendo los trastornos de ansiedad uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes emitidos en atención primaria. Estos trastornos constituyen el principal motivo de consulta en lo que a trastornos mentales se refiere, tanto en atención primaria como en especializada, relacionándose con una gran cantidad de demandas que refieren dolencias somáticas inespecíficas que no corresponden con patologías concretas. En la Guía del Manejo de Pacientes con Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria Sistema Nacional de Salud, se recomienda la aplicación en formato individual o grupal de las técnicas de relajación (entrenamiento en relajación progresiva y control de la respiración) y técnicas cognitivas, llevadas a cabo por profesionales formados. Así mismo, en distintos estudios se ha llegado a la conclusión de que el entrenamiento en relajación es uno de los procedimientos más utilizados para disminuir la sintomatología ansiosa”. (Herrero, 2016, p.5).

“De esta manera, se puede observar que después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista; sin lugar a dudas, la mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad” (Baeza et al., 2010, p.17, citado por, Tejada, 2012, p.12).

“Otra de las alternativas de tratamiento para la ansiedad es el EMA (Entrenamiento en Manejo de Ansiedad). El EMA consiste en enseñar a los pacientes a utilizar la relajación y otras habilidades, en diversas situaciones, con el propósito de controlar las reacciones de ansiedad” (Suinn, 1972, Ramallo, 2003, p.15, citado por, Tejada, 2012, p.13).

Según García (2017), los pasos que sigue el EMA son de señales:

- Entrenamiento en racionalidad y en relajación.
- Práctica de aumento de la ansiedad y el control de la misma.
- Entrenamiento en discriminación.
- Entrenamiento graduado en autocontrol.

- Transferencia a la vida real.

1.17 Técnicas cognitivas conductuales

1.17.1 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva consiste en la identificación y modificación de las ideas irracionales o las distorsiones cognitivas que influyen directamente en las emociones, sentimientos, como la ansiedad, la tristeza, en las acciones y conducta de las personas.

Según Castanyer (2009), señala que para una reestructuración cognitiva sea eficaz en cualquier proceso terapéutico, sea cual fuere la problemática que muestre la persona, se realizará una Reestructuración Cognitiva, la cual consiste en:

a) Concienciarse de la importancia que tienen las creencias en nosotros, la mayoría de las veces muy arraigadas en cada uno de nosotros desde la infancia, y que, cuando son irracionales, “saltan” en forma de pensamientos automáticos ante cualquier estímulo problemático y nos hacen sentir mal. Por supuesto, no todas las creencias son irracionales. “La amistad es un valor muy importante y hay que cuidarlo;” es una creencia perfectamente racional y como esta hay miles de ellas. En una misma persona “conviven” muchas creencias racionales y una o dos irracionales. “En esta fase, se suele plantear frecuentemente la clásica pregunta: ¿qué viene antes, los pensamientos o los sentimientos?; dicho de otra forma: ¿son los pensamientos los que nos hacen sentirnos mal o son los sentimientos los que hacen que pensemos de forma errónea? La mayoría de las personas tiende a optar por la segunda alternativa. Desde el punto de vista de la Psicología Cognitiva, esto no es así: son las creencias profundamente arraigadas en nosotros las que hacen que contemplemos la realidad de una forma u otra (más optimista, más pesimista, más derrotista, etc.), y eso es lo que hará que ante los acontecimientos que nos ocurran reaccionemos con unos sentimientos u otros.”(Castanyer, 2009, p.81).

b) “Hacer conscientes, por medio de autorregistros, los pensamientos que va teniendo la persona a lo largo de un tiempo establecido (unas tres semanas) cada vez que se siente mal. Parece difícil, pero no lo es. Aunque, ahora mismo, no nos veamos capaces de decir exactamente qué pensamos en ciertas situaciones, con un poco de práctica, fácilmente

llegaremos a separar lo esencial del flujo de frases, palabras, ideas, que nos van asaltando continuamente. Hay que tener en cuenta que no buscamos “ideas correctamente formuladas”; frecuentemente, un pensamiento automático es lo que muchos definirían por “sensación”. Por ejemplo: “malestar porque me sentí ridícula” puede ser un pensamiento automático: la persona está interpretando, acertadamente o no, que está haciendo el ridículo y, seguramente, esto conlleva una serie de temores a lo que pensarán los demás, a cómo es la imagen que se está dando, etc.” (Castanyer, 2009, p. 81).

c) “Analizar estos pensamientos para detectar a qué idea irracional corresponde cada uno de ellos. Normalmente, una persona suele tener entre dos o tres creencias irracionales afincadas dentro de sí, que luego salen en forma de los citados pensamientos automáticos. Observando varios de estos pensamientos automáticos, se sacan las principales ideas irracionales que posee la persona. Se analiza también en qué medida le están dañando, haciéndole sacar conclusiones erróneas y muchas veces dolorosas y, por último, se discute la lógica (o la falta de lógica) que tienen esas creencias irracionales y en qué medida podrían ser sustituidas por otras ideas, más adaptadas a la realidad.” (Castanyer, 2009, p. 81).

“Esta fase es la más importante, la más larga y, normalmente, requiere de la ayuda de un terapeuta, ya que, si bien es fácil que cualquier persona mínimamente inteligente capte la lógica o la falta de ella que subyace a sus pensamientos, es difícil que la persona se lo llegue a “creer”. Muchas veces, las personas que inician un proceso de Reestructuración Cognitiva relatan que comprenden lo que se les dice “con la cabeza”, pero no desde su interior.” (Castanyer, 2009, p.82).

d) “Elegir pensamientos alternativos a los irracionales, es decir, argumentos que se contrapongan a los que normalmente hacen daño a la persona y que sean lógicos y racionales. Aquí es donde hay que hallar, normalmente con ayuda de un terapeuta, aquellos argumentos racionales que le sirvan a cada persona individualmente. A cada uno le convencerá un tipo de pensamiento alternativo y no sirve para nada repetirse argumentos muy generales y muy racionales que la persona no se está creyendo o que le suenan fríos y distantes.” (Castanyer, 2009, p. 83).

e) “Esta es la última fase de la Reestructuración Cognitiva y la más tediosa, ya que hay que llevar a la práctica los argumentos racionales elegidos. Esto implica necesariamente una insistencia, ya que la persona está muy habituada a pensar de forma ilógica y los argumentos irracionales saltarán de forma automática, sin que la persona se haya dado casi cuenta. Debe de insistirse una y otra vez con los argumentos racionales, al principio después de ocurrida la situación dolorosa, a modo de repaso de lo que se “podría haber” dicho, y más adelante, cuando las ideas racionales ya estén más afincadas, a lo largo de las situaciones dolorosas. Normalmente, en terapia se suelen proporcionar técnicas que ayudan a la persona a afianzar sus nuevas ideas racionales, como son la imaginación, la visualización, etc. Obviamente, todo este proceso no es ninguna forma de “lavado de cerebro”, como algunos clientes temen al principio, sino simplemente, una transformación de las propias ideas en más racionales y realistas, para que no nos hagan daño.” (Castanyer, 2009, p. 83 y 84).

1.17.2 Resolución de problemas

La resolución de problemas es otra de las técnicas empleadas por la Terapia Cognitivo Conductual, cuyo objetivo es el de influir y cambiar la forma que tiene el paciente de percibirse a sí mismo, a las otras personas que interactúan con él y su propio futuro. Diversos autores, entre ellos Beck (2000), destacan el hecho de que la resolución de problemas conlleva cuatro fases primordiales (Spiegler y Guevremont, 1993, citado por Sánchez 2009, p.78):

- Definir el problema: Se describe el problema, se ayuda a los pacientes a comprender por qué ocurren algunos problemas, se evalúa el significado que tiene para ellos ese problema; es decir, el pensamiento que genera, y se le puede transmitir la expectativa de que son capaces de aprender formas adecuadas para manejarlos.
- Sugerir alternativas para solucionar el problema: En este punto, los pacientes pueden expresar todas las posibles soluciones para un conflicto, sin evaluar ninguna de ellas, hasta que todos los miembros del grupo hayan expuesto sus ideas.
- Toma de decisiones: Una vez que se han presentado diferentes alternativas para solucionar el problema, se le pide a los participantes que elaboren una lista con las principales alternativas, señalando los puntos a favor y en contra de cada una, y

evaluando las posibles consecuencias. Una vez finalizado este proceso, estarán más preparados para escoger una alternativa viable para la solución de su problema.

- **Aplicar y evaluar la solución:** Consiste en aplicar la decisión tomada, y luego evaluar las consecuencias de sus acciones en el mundo real.

1.17.3 Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad.

Castanyer (2009), señala que la asertividad es un elemento dentro de las relaciones humanas, que favorece la comunicación real y efectiva; le permite al sujeto sustentar su punto de vista respetando el de los demás.

A continuación presentamos las características del comportamiento externo y los patrones de pensamiento de las personas asertivas (Castanyer, 2009, p.37):

- Las personas asertivas conocen sus propios derechos y los defienden, respetando a los demás, es decir, no van a “ganar”, sino a “llegar a un acuerdo”.
- **Comportamiento externo:** Habla fluida/ segura/ sin bloqueos ni muletillas/ contacto ocular directo, pero no desafiante/ relajación corporal/ comodidad postural. Expresión de sentimientos tanto positivos y negativos/ defensa sin agresión/ honestidad/ capacidad de hablar de propios gustos e intereses/ capacidad de discrepar abiertamente/ capacidad de pedir aclaraciones/ decir “no”/ saber aceptar errores.
- **Patrones de pensamiento:** Conocen y creen en unos derechos para sí y para los demás. Sus convicciones son en su mayoría “racionales”
- **Sentimientos/emociones:** Buena autoestima/ no se sienten inferiores ni superiores a los demás/ satisfacción en las relaciones/ respeto por uno mismo. Sensación de control emocional.

También en este caso, la conducta asertiva tendrá unas consecuencias en el entorno y la conducta de los demás: Frenarán o desarmarán a la persona que les ataque. Aclaran equívocos. Los demás se sienten respetados y valorados

La persona asertiva suele ser considerada “buena”, pero no “tonta”.

1.17.4 Entrenamiento asertivo en grupos

No es nada fácil lidiar con un diagnóstico como el VIH-SIDA; como es sabido este grupo de pacientes tiene que lidiar con mucho dolor, altos grados de ansiedad por sus preocupaciones sobre lo que le deparará el futuro, tiene que hacer una reestructuración de su vida tanto familiar como laboral, aceptar el tratamiento médico y psicológico; y como si esto fuera poco enfrentarse a la discriminación, desprecios, críticas, burlas y el rechazo de muchas personas. Estas situaciones hacen que el paciente se torne en muchas ocasiones, agresivo, grosero, pueril, desafiante y hasta indiferente, retrayéndose socialmente, tomando la decisión de aislarse del grupo e incluso, de seres queridos, cadena de circunstancias difíciles que lo hacen sumirse en un mundo de sufrimiento inimaginable.

El entrenamiento asertivo en grupo le permite al paciente, a través de la dirección profesional del terapeuta, compartir experiencias, conocer vivencias y sentirse apoyado por otros sujetos que están pasando por la misma situación, y que lo orientan en muchos aspectos, para su propio beneficio.

“La Asertividad empática es una técnica muy útil y “amable“, porque combina la comprensión con los límites. Yo te comprendo, empatizo con tus sentimientos y necesidades, pero también me comprendo y empatizo conmigo, y actúo en consecuencia. Esta misma técnica que utilizamos para la comunicación con el otro, la podemos utilizar en la comunicación con nosotros mismos.” (Castanyer, 2013, p.45).

1.17.5 Tareas de auto-ayuda

Según Camerini (2005, citado por Sánchez, 2009), también son conocidas como tareas para el hogar, y comprenden un elemento habitual en la terapia cognitiva. Estas tareas son el corazón del proceso terapéutico, representan la profundización de lo descubierto en la evaluación y discusión de las creencias irracionales para lograr un cambio real y perdurable.

El propósito específico de las tareas de autoayuda es:

- a. Cambiar una conducta disfuncional.
- b. Reducir los pensamientos perturbadores por otros más útiles.
- c. Vencer temores e inhibiciones, mejorando la autoconfianza.

- d. Generar un hábito de afrontamiento de las situaciones que le permita una respuesta emotiva y conductual funcional.
- e. Perfeccionar y consolidar las nuevas conductas mediante la práctica.

Estas tareas son asignadas por el terapeuta a los participantes, para que puedan mantener un registro de actividades y situaciones por lo menos durante una semana, para luego ser analizadas y discutidas en la sesión de terapia, y así conocer el progreso o no de cada uno, aplicando correctivos oportunos, según sea el caso.

1.17.6 Ejercicios de relajación

“Afortunadamente, aprendiendo a reconocer la tensión muscular podemos relajar los músculos a voluntad. Mediante la relajación muscular es posible reducir o eliminar los síntomas físicos de la ansiedad que se presenta a diario. “La técnica que solemos enseñar a nuestros pacientes deriva de la relajación muscular progresiva de Jacobson, la cual consiste en practicar una serie de sencillos ejercicios de tensión y relajación muscular. Al principio, el objetivo que perseguimos con esos ejercicios no es tanto lograr la relajación muscular, sino aprender a diferenciar los estados de tensión muscular de los estados de relajación. Generalmente, no somos muy conscientes de qué zonas de nuestro cuerpo están crónicamente tensas, y es precisamente esa tensión crónica la que crea la sensación de malestar.” (Moreno y Martín, 2009, p.41).

1.17.7 Uso del humor

Una de las escuelas psicológicas que más atención ha dedicado a lo humorístico como instrumento para la curación ha sido la Terapia Racional Emotiva. Albert Ellis, su fundador, es de la opinión de que la perturbación emocional en gran parte consiste en tomar la vida demasiado en serio, en exagerar la importancia de las cosas. Por tanto, nada mejor para acabar con esas creencias irracionales con las que se trastornan las personas que usar el humor, nada tan útil como la broma para dejar en evidencia lo ridículo de la excesiva seriedad.

Ellis hace hincapié en la distinción entre provocar el humor usando como víctima del comentario las ideas de sus pacientes y reírse de ellos, algo que está radicalmente prohibido

por cuanto uno de los pilares en que se basa la Terapia Emotiva racional, consiste en la aceptación incondicional de las personas que acuden a la consulta con sus errores e idioteces. “Los recursos humorísticos utilizados por Ellis son múltiples: Llevar las cosas al extremo, reducir las ideas al absurdo, comparaciones paradójicas, hacer juegos de palabras o retruécanos, ingeniosidades, ironías, extravagancias, lenguaje evocativo, argot o lenguaje coloquial, uso delirado de obscenidades atrevidas en la conversación y otras clases de bromas chistosas. Todos esos trucos-por seguir con la terminología de la prestidigitación-van destinados a desenmascarar las ideas irracionales exagerando sus defectos hasta dejarlas en ridículo.” (Rodríguez, 2009, p.35).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Justificación del problema

Es de suma importancia, conocer eficazmente el manejo y la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, para poder ayudar efectivamente a minimizar el sufrimiento y el dolor, a los cuales se ven avocadas las personas que padecen la enfermedad del VIH-SIDA. Este tipo de estudios no se ha realizado en esta provincia, razón por la cual permitirá conocer más de cerca, este fenómeno en esta región, y así motivar para que se realicen más investigaciones de esta naturaleza en otras partes del interior de nuestro país, para tener así un panorama más completo de esta problemática que cada día afecta a más personas. Los resultados obtenidos podrían servir para implementar un servicio de atención psicológica actualizada, en los diferentes centros de salud, tanto para los pacientes, como para sus familiares, quienes de igual forma, se ven afectados por esta enfermedad, en uno de los suyos.

Según Domínguez, (2018) en el 2017, se dio a conocer que en el país viven un total de 16,493 personas con VIH/SIDA. En el año 2016, se notificaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológico un total de 1,587 casos nuevos, siendo 974 VIH asintomático y 613 casos de SIDA. Esta información incluye instalaciones del MINSA, CSS, Hospitales Privados y ONG. De los casos notificados, el 28.1% ocurrió en mujeres y de estas 42.7% correspondieron a mujeres embarazadas.

El primer caso de SIDA en Panamá fue en 1984; según datos estadísticos hasta el 2017 se han descubierto 24,000 casos, de los cuales 12,000 enfermos ya han fallecido.

La presente investigación podrá aportar nuevos conocimientos, tanto a los estudiosos del tema, como al personal que labora en Salud, y que trabajan directamente con los pacientes de VIH-SIDA, en la región de Azuero y de todo el país; pues ellos tendrán la información de primera mano, con respecto a las bondades de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento, manejo adecuado y científico de este tipo de pacientes.

2.2 Planteamiento del problema:

La presente investigación busca recabar información de esta letal enfermedad, en la región de Azuero, ya que en la actualidad no se cuenta con estudios previos, que corroboren su prevalencia y mucho menos, su tratamiento a nivel psicológico, el cual es de gran importancia en estos casos, para mitigar el nivel de ansiedad tan elevado, sufrido por los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

Se tratará de verificar la eficacia de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual, en un grupo de pacientes, para crear conciencia en la familia, en la comunidad en general y en los organismos de salud del MINSA, sobre la necesidad apremiante de crear un centro de atención integral en la provincia de Los Santos para pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

Al término de este estudio se espera que las interrogantes queden despejadas lo más claramente posibles con respecto al tema en el que se está trabajando. Por esta razón la principal interrogante que se plantea es:

¿La terapia cognitivo conductual reducirá los síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA?

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo General:

Analizar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual, en la sintomatología ansiosa, en pacientes con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

2.3.2 Objetivos Específicos:

1. Medir los niveles de ansiedad de los pacientes con VIH-SIDA a través de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
2. Brindar información sobre la Terapia Cognitiva Conductual, y sus beneficios en el manejo de la ansiedad a los pacientes del presente estudio.

3. Orientar a los participantes del programa terapéutico sobre cómo lidiar con los síntomas de la ansiedad.
4. Disminuir los niveles de ansiedad en los participantes del grupo experimental a través del programa de atención psicológica para paciente diagnosticado con B 24 (VIH).
5. Enseñar técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad.
6. Comparar los resultados del pre-test y el post-test de la Escalada de Valoración de Ansiedad de Zung, y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

2.4 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los indicadores de ansiedad en los pacientes con VIH-SIDA, que participan en el programa de intervención psicológica?
2. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad de los pacientes con VIH-SIDA que participan en el programa de Terapia Cognitiva Conductual, antes y después del tratamiento?
3. ¿Se pueden evidenciar cambios significativos en los niveles de ansiedad de los pacientes con VIH-SIDA que participaron del estudio, antes y después de la intervención?
4. ¿Qué cambios proporciona en los pacientes, el programa de intervención psicológica en el manejo de la ansiedad?
5. ¿Existen diferencias en los niveles de ansiedad en el pre-test y en el pos-test, después de la aplicación del programa de Terapia Cognitivo Conductual?
6. ¿Contribuye la intervención de atención psicológica para pacientes diagnosticados con B-24 (VIH) a disminuir sus síntomas de ansiedad?

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis de investigación

H₀: La aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual no generará cambios en los síntomas de ansiedad, en los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

H₁: La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual generará cambios en los síntomas de ansiedad, en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

Hipótesis experimentales y estadísticas

Ho: Estadísticamente, no existirán diferencias significativas en los niveles de ansiedad del pre-test y el post-test entre el grupo control y el grupo experimental, una vez finalice el programa de intervención.

$$\text{Ho: } \mu_1 = \mu_2 \quad \text{2 colas, } \alpha = 0.05$$

H1: Estadísticamente, existirán diferencias significativas en los niveles de ansiedad del pre-test y el post-test entre el grupo control y el grupo experimental, una vez finalice el programa de intervención.

$$\text{H1: } \mu_1 \neq \mu_2 \quad \text{2 colas, } \alpha = 0.05$$

2.6 Tipo de estudio

“Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o porque se relacionan dos o más variables”. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p. 108).

Es importante destacar que este tipo de diseño, permite evaluar si un tratamiento es efectivo o no, y porqué se atribuye un cambio principalmente al tratamiento.

2.7 Diseño de investigación

En cuanto **al diseño de la investigación** corresponde al **experimental con pretest – posttest y grupo control**. Según Hernández (2010), en este diseño se incorpora la administración de preprueba a los grupos que componen el experimento; los participantes son asignados al azar a los grupos, después se les aplica simultáneamente el pretest; un grupo recibe el tratamiento experimental y el otro grupo, no (grupo control); al finalizar se les administra simultáneamente el posttest.

Este tipo de diseño se utiliza cuando los sujetos o grupos de sujetos del estudio están asignados aleatoriamente al grupo experimental y al grupo control; al grupo experimental se

le aplica la intervención como propósito de la investigación. Este tipo de diseño se caracteriza por la manipulación de una variable independiente para la determinación posterior del efecto o variable dependiente. Al grupo control no se le aplica el tratamiento.

El diseño podría diagramarse de la siguiente manera:

Tabla 3.

Esquema del proceso de intervención

Cantidad de		Asignación		
Grupo	Aleatoria	Pre-test	Tratamiento	Post-test
G1	<i>Existe</i>	<i>01</i>	<i>X</i>	<i>03</i>
G2	<i>Existe</i>	<i>02</i>	—	<i>04</i>

Fuente: Tesis Efectos de la Terapia Cognitivo conductual en Pacientes diagnosticados con VIH-SIDA en la Provincia de Los Santos.

G1: Es el grupo experimental

G2: Es el grupo de control

01: Es la pre-prueba o primera medición de la variable dependiente, que es previa al tratamiento del grupo experimental.

02: Es la pre-prueba o primera medición de la variable dependiente, que es previa al tratamiento en el grupo control.

03: Es el posttest de la variable dependiente, que es posterior al tratamiento del grupo experimental.

04: Es el posttest de la variable dependiente del grupo control.

X: Es la variable independiente o tratamiento.

--: El grupo no recibió tratamiento.

Tanto en la pre-prueba como en la post-prueba se le aplicarán dos escalas de valoración a ambos grupos, son estas: La Escala de Valoración de la Ansiedad de Zung y el Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE).

2.8 Población y selección de muestra

2.8.1 Población

La población estuvo conformada por pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, todos mayores de edad, quienes asisten a la Terapia Antirretroviral TARV, de la Región de Salud de Los Santos, en el Hospital Regional Anita Moreno.

2.8.2 Muestra

La muestra utilizada en el estudio fue aleatoria, quedó conformada por diez (10) pacientes; luego fue dividida en dos grupos: cinco (5) pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental y cinco (5) pacientes, para el grupo de control; en suma, a los diez pacientes se les realizó la entrevista clínica y la aplicación del pretest y postest.

Cabe destacar, que estos pacientes que asisten a la Terapia Antirretroviral TARV, ya habían sido diagnosticados con VIH-SIDA, mismos que se encuentran en el rango de edad entre 22 y 55 años respectivamente, con un nivel de escolaridad mínimo (educación primaria). Estos pacientes fueron referidos en su totalidad por el psicólogo y la enfermera de la Clínica TARV. La población inicial fue de doce (12) pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA, entre estos, dos del sexo femenino se retiraron voluntariamente antes de iniciar el programa de intervención, quedando 10 participantes de sexo masculino en el proyecto de investigación.

El tipo de muestreo empleado para esta investigación fue **probabilístico**, en el cual todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser escogidos por medio de una selección aleatoria (Hernández et al., 2010). Para la selección de la muestra se utilizó la sencilla práctica de la tómbola, la cual consiste en enumerar todos los elementos muestrales, estos se colocan dentro de una caja y se revuelven, los números elegidos al azar son los que conforman el grupo experimental y los que no fueron escogidos al azar, conforman el grupo de control.

2.8.3 Criterios

Criterios de inclusión:

1. Mayor de edad (18 años o más)
2. Haber sido diagnosticado con VIH-SIDA
3. El paciente debe haber firmado el consentimiento informado
4. Disposición de querer participar en la investigación
5. Saber leer y escribir

Criterios de exclusión:

1. Tener 17 años o menos
2. Paciente que no tenga VIH-SIDA
3. Paciente que no firme el consentimiento informado
4. Que no quiera participar
5. No saber leer ni escribir

Criterios de eliminación:

1. Desinterés o conducta agresiva, por parte del paciente.
2. Renuencia del paciente, al tratamiento y a la terapia.
3. Pacientes con alto grado de deterioro físico o mental.
4. Persona que no participe en uno de los procesos de aplicación de las pruebas, sea pre-test o post-test.
5. Paciente que participe en menos de 7 sesiones
6. Paciente que falte a 3 sesiones o más, consecutivamente.

2.9 Definición de las variables

Variable Independiente (VI): Terapia Cognitiva Conductual

Variable Dependiente (VD): Ansiedad

2.9.1 Variable Independiente:

Terapia Cognitiva Conductual

Definición conceptual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. La relación entre el paciente y el terapeuta es cercana: el terapeuta orienta al paciente en el entrenamiento y adquisición de nuevas habilidades sociales: «Se centra en cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual» (Luterek, Eng y Heimberg, 2003).

“La TCC incluye técnicas psicoeducativas, de modificación de cogniciones, de comportamientos y de la activación psicofisiológica. Las estrategias psicoeducativas y las técnicas conductuales favorecen la adherencia a tratamientos médicos y tienen un impacto significativo en el control de la enfermedad, sobre todo cuando se conjugan con el desarrollo de habilidades sociales en el paciente para favorecer su relación y comunicación con el equipo de salud. Las técnicas de reestructuración cognitiva se emplean en situaciones donde los pensamientos o creencias equivocadas de los pacientes interfieren con conductas de salud o intensifican emociones negativas, estas técnicas favorecen formas más funcionales y objetivas de interpretar y evaluar situaciones difíciles en el futuro. Las técnicas de relajación disminuyen la activación psicofisiológica y el control del dolor”. (Caballero et al., 2019, p. XII).

Definición operacional

El programa de Terapia Cognitiva Conductual constó de diez sesiones en: la primera sesión fue la de presentación del programa, entrevista y la aplicación del pre-test; de la segunda hasta la novena se realizaron las sesiones terapéuticas del programa; y la décima sesión fue la de cierre y evaluación final, en la cual se aplica el post-test.

Es importante señalar que se realizaron 8 sesiones terapéuticas grupales de 90 minutos cada una, con una frecuencia de una vez por semana, los días jueves y en el mismo horario con el grupo experimental, en las instalaciones del Hospital Regional Anita Moreno de la provincia de Los Santos.

Con el grupo control solo se realizaron la primera sesión en donde se realizó la entrevista y la aplicación del pretest y la última sesión en donde se les aplicó el postest.

2.9.2 Variable Dependiente:

Ansiedad

Definición Conceptual

Kiriaccou y Sutcliffe (1987, citado por Virues 2005): Una respuesta del individuo con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión), acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardíaca, otros.). Esta respuesta es de tipo emocional, lo cual abarca diversos aspectos subjetivos o cognitivos de carácter corporal o fisiológico.

Definición operacional

La ansiedad fue medida en los pacientes con el pretest y el postest, a través de la aplicación de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, y del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

2.10 Instrumentos de medición:

- Entrevista clínica:

Antes de la aplicación de los instrumentos para verificar los síntomas de ansiedad, se le realizó una entrevista a cada participante; la misma fue una semiestructurada con la finalidad de conocer más a fondo, las condiciones y la historia de cada uno de los pacientes que participaron en la presente investigación. Esta entrevista está compuesta por datos generales como: nombre, sexo, fecha de nacimiento, nivel de educación, ocupación, estado civil; motivo de consulta, estado de conciencia, actitud, afectividad, concentración, contenido del pensamiento, entre otros.

- Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

Esta técnica es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), la cual construyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: Ansiedad como rasgo y ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es

decir, sin síntomas psiquiátricos; aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. Esta prueba consiste en un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describirse, veinte preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem. Como podemos observar, la ansiedad como estado es la condición emocional transitoria, y la ansiedad como rasgo es la propensión ansiosa relativamente estable. El marco referencial temporal en el caso de la ansiedad como estado es “ahora mismo, en este momento” (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es “en general, en la mayoría de las ocasiones” (20 ítems).

Ansiedad Estado:

Reactivos positivos o directos son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18 = A

Reactivos negativos o invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, y 20 = B

$(A-B)+50 = \text{Ansiedad Estado. } \Sigma RP - \Sigma RN + 50 = A E$

Ansiedad Rasgo:

Los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, y 40 = A

Los ítems negativos o invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36, y 39 = B

$(A-B) + 35 = \text{Ansiedad Rasgo. } \Sigma RP - \Sigma RN + 35 = A R$

Tabla 4.

Categorías de Ansiedad Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado.

Categoría	Puntaje
BAJA	29 o menos
MEDIA	30 - 44 puntos
ALTA	45 o más

Fuente: Spielberg y Díaz Guerrero, (1975)

Tabla 5.

Ficha Técnica del IDARE

INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO	
Autores	(Spielberger, Charles D.; Díaz Guerrero, Rogelio)
Objetivos	Medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente).
Historia	Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo; sin embargo, cuando la ansiedad se presenta como una diferencia individual, relativamente estable, se constituye como rasgo de la personalidad.
Administración	Individual, colectiva, autoaplicable. Personas con nivel educativo medio-superior en adelante.
Duración	15 minutos, aproximadamente
Población	Adolescentes y adultos.
Significación	La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.
Características	<p>La escala A-Rasgo del Inventario de Ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinandos describir cómo se sienten generalmente. También consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.</p> <p>La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional propensos a la ansiedad, y para evaluar el grado hasta el cual los estudiantes que solicitan los servicios de asesoría psicológica o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica.</p> <p>La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos</p>
Composición	Manual. Plantilla de corrección. Cuaderno de respuestas: Autoevaluación A (E/R)

Fuente: Spielberg y Díaz Guerrero, (1975)

Descripción: La mitad de los ítems pertenecen a la Escala de Ansiedad Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento; la otra mitad, a la Escala Rasgo, que identifica cómo se siente la persona habitualmente. Criterios de calidad:

Confiabilidad: Consistencia interna: 0.90-0.93 (Escala Estado) 0.84-0.87 (Escala Rasgo).
Fiabilidad test-pretest: 0.73-0.86 (Escala Rasgo).

Validez: Muestra correlación con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60.

Tiempo de administración: 15 minutos.

Calificación: Sus puntuaciones varían desde una ponderación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A- Estado como en la escala A-Rasgo. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1- No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1- Casi nunca, 2-Algunas veces, 3-Frecuentemente, 4- Casi siempre. Momento de aplicación: Evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

- **La Escala de Valoración de Ansiedad de Zung:**

El test de ansiedad fue diseñado por Zung en el año 1971, con el fin de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad, y con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad como un trastorno emocional, y medir cuantitativamente la ansiedad al margen de sus causas. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas, debe ser corta, simple y estar disponible en dos formatos.

Existen dos escalas, una heteroadministrada (Anxiety Status Inventory, ASI) y otra autoadministrada (Self-rating Anxiety Scale, SAS). La empleada en nuestro estudio es la SAS (autoadministrada). Ambas escalas constan de veinte ítems, cinco de ellos se refieren a síntomas afectivos y quince, a síntomas somáticos de la ansiedad (Astocondor, 2001 citado por Tejada, 2012).

En el formato del cuestionario, se establecen cuatro criterios que deben ser puntuados de acuerdo a la intensidad, duración y frecuencia con que se den los síntomas; estos son:

1. Ausente; 2. Ligera; 3. Moderada; 4 Fuerte. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana. Los ítems tienen dirección positiva o negativa. (Astocondor, 2001 citado por Tejada, 2012).

Para esta escala de valoración de la ansiedad, los puntajes en cuanto a la intensidad y severidad de los síntomas, se proponen de la siguiente manera:

Tabla 6.

Puntuaciones de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung

Puntuación total de la Escala de valoración	Niveles de Ansiedad
20 -35	Ausencia de ansiedad
36 – 51	Ansiedad subclínica
52 – 67	Ansiedad media grave
68 en adelante	Ansiedad grave

Fuente: Escala de valoración de Ansiedad de Zung (1965)

Validez: Zung en 1965, valida la escala, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad, como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándares, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se mostró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas; se encontraron asimismo, diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos. (Astocondor 2001, citado por Tejada, 2012).

Cabe señalar, que Astocondor (2001), reporta validez mediante correlación con evaluación de expertos y validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra,

Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza. Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos. En este mismo trabajo Zung delimita sus niveles de cuantificación de la ansiedad.

Confiabilidad: Para precisar la confiabilidad, se utilizó Alfa de Cronbach, obteniéndose valores de altos de confiabilidad (0,7850), registrándose valores más altos en hombres que en mujeres (hombres: 0,7750; mujeres: 0,6714). (Astocondor, 2001 citado por Tejada, 2012).

2.11 Análisis estadístico:

Para procesar los datos se recurrió al análisis estadístico descriptivo e inferencial. Los programas que se utilizaron para la captura, codificación y demostración de los datos obtenidos en el pretest y el posttest fueron Microsoft Excel e IBM SPSS Statistics 20.

En primera instancia se aplicó la estadística descriptiva para efectos de analizar los datos obtenidos; luego se procedió a utilizar la estadística inferencial para realizar la comparación.

La estadística descriptiva tiene como objetivo resumir de la forma más sencilla y ordenada posible, la información contenida en datos, obteniendo así los parámetros que distinguen las características de un conjunto de datos (lo que se conoce como datos estadísticos). La estadística inferencial trabaja con muestras a partir de las cuales intenta extraer conclusiones sobre la población. (Davidian, et al, 2012).

Para el tratamiento de los datos se analizaron el pre-test y se le hicieron sus respectivas estadísticas; de igual manera, se aplicó tal procedimiento con los datos del post-test. Se compararon los datos del pre-test y del post-test y luego se procedió a realizar un análisis estadístico inferencial, y contrastar las hipótesis establecidas en el estudio a través de la prueba t de Student.

Para establecer las comparaciones entre el pre-test y el post-test, se organizaron los resultados en tablas y gráficas con el propósito de facilitar la descripción y las comparaciones de los mismos. El nivel alfa establecido para los análisis comparativos fue

de un alfa de 0.05. Se empleó la t de Student, la cual consiste en un procedimiento estadístico de comparación de medias en grupos pequeños.

2.12 Procedimiento de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación, se procedió a especificar los parámetros teóricos y metodológicos del estudio.

Fase 1: Organización: Se entregó el anteproyecto cuyo título es: **Efectos de la Terapia Cognitiva Conductual en Pacientes Diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos**, el cual fue aprobado por el asesor y la Vicerrectoría de investigación y posgrado.

Fase 2: Se envió una nota para solicitar el permiso para realizar la investigación en Hospital Regional Anita Moreno. La nota fue aprobada por la directora del hospital.

Fase 3: Se efectuó una reunión con los miembros de la Clínica de Terapia Antirretroviral TARV, en la cual el psicólogo y la enfermera brindaron una breve reseña de la Clínica y ofrecieron su ayuda, para la selección de la población de pacientes diagnosticados con VIH-SIDA que cumplieran con los requisitos de inclusión de la investigación.

Fase 4: Se coordinó con los miembros de la Clínica TARV, el espacio físico adecuado para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, la entrevista clínica, lo mismo que la aplicación de pruebas psicológicas a los participantes del estudio.

Fase 5: Se realizó una inducción con los participantes del estudio, después firmaron el consentimiento informado. Se les realizó la entrevista clínica a los diez pacientes para verificar su diagnóstico y recabar más información personalizada.

Fase 6: Para cuidar la identidad de los participantes, se le asignó a cada uno un número al azar, en lugar de colocar sus nombres; esto pone en evidencia que se les respetó y garantizó la estricta confidencialidad de los datos que se presentan en el estudio.

Fase 7: Se aplicó la preprueba, empleando el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, simultáneamente a toda la muestra, y se conformó la muestra aleatoriamente con los pacientes que acudieron

voluntariamente.

Fase 8: Se discutió el día más conveniente para todos, quedando establecido los jueves de cada semana y en el mismo horario. Posteriormente, se les entregó un calendario con las fechas de cada sesión terapéutica.

Fase 9: Se inició la terapia grupal de corte cognitivo conductual.

Fase 10: Se aplicó la post-prueba empleando el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, simultáneamente a toda la población, en la última sesión.

Fase 11: Finalizada la terapia, se utilizó toda la información recabada y se procedió a realizar el análisis estadístico; luego se realizó la interpretación de los resultados para contrastarlos con la hipótesis.

Fase 12: Se elaboró el informe final.

Fase 13: Posteriormente, se sustentó la investigación ante las autoridades universitarias.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Resultados

Los resultados de esta investigación fueron obtenidos de una muestra de diez (10) participantes mayores de 18 años, quienes son pacientes diagnosticados con VIH-SIDA en la provincia de Los Santos.

Al inicio de la investigación, doce (12) pacientes ingresaron al programa de tratamiento, pero sólo diez lo culminaron. Para preservar la identidad de los participantes de la investigación, cada sujeto fue identificado con un número designado por la investigadora durante el estudio, y así guardar la confidencialidad de los datos obtenidos.

Los datos recabados se presentan en tablas y gráficos, con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados. Se utilizó la prueba de t de Student para el análisis de los resultados de la estadística inferencial para comparar los promedios obtenidos en la investigación.

Los resultados que se presentan a continuación fueron obtenidos de las siguientes pruebas: La Escala de Valoración de Ansiedad de Zung y del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)

3.1 Descriptivos

En primer lugar, se presentan los datos generales de los pacientes, como edad, nivel de educación, condición laboral, estado civil, año del diagnóstico y preferencia sexual de los mismos. Es preciso señalar que la muestra empleada fue conformada en su totalidad por varones:

Tabla 7

Rango de edades de la muestra de pacientes con trastorno con VIH-SIDA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22	1	10%
29	2	20%
31	2	20%
32	1	10%
35	1	10%
36	1	10%
52	1	10%
55	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: Entrevista clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

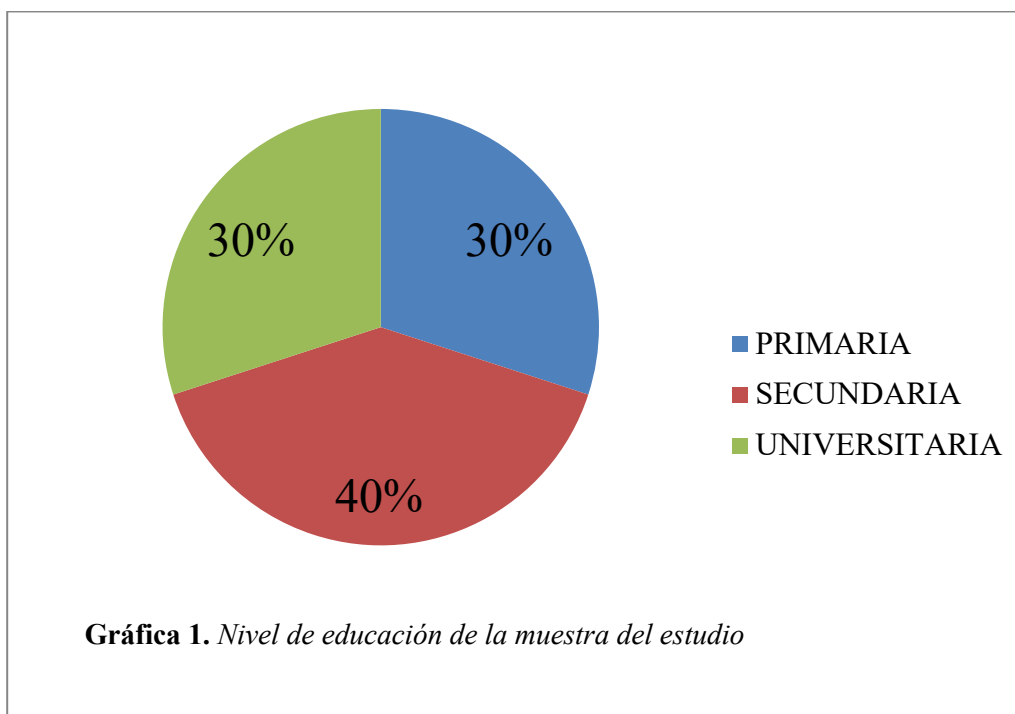
En la Tabla 7, se observa que la muestra estuvo conformada por 10 hombres con edades entre 22 y 55 años. Un sujeto tiene 22 años y representa el 10% de la muestra; dos sujetos tienen 29 años y representan el 20% de la muestra; dos sujetos tienen 31 años y representan el 20% de la muestra; un sujeto tiene 32 años y representa el 10% de muestra; un sujeto tiene 35 años y representa el 10% de la muestra. ; un sujeto tiene 36 años y representa el 10% de la muestra, un sujeto tiene 52 años y representa el 10% de la muestra; y un sujeto tiene 55 años y representa el 10% de la muestra.

Tabla 8.

Nivel de educación de la muestra del estudio

EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	3	30%
Secundaria	4	40%
Universitaria	3	30%
TOTAL	10	100%

Fuente: entrevista clínica



Fuente: Entrevista clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

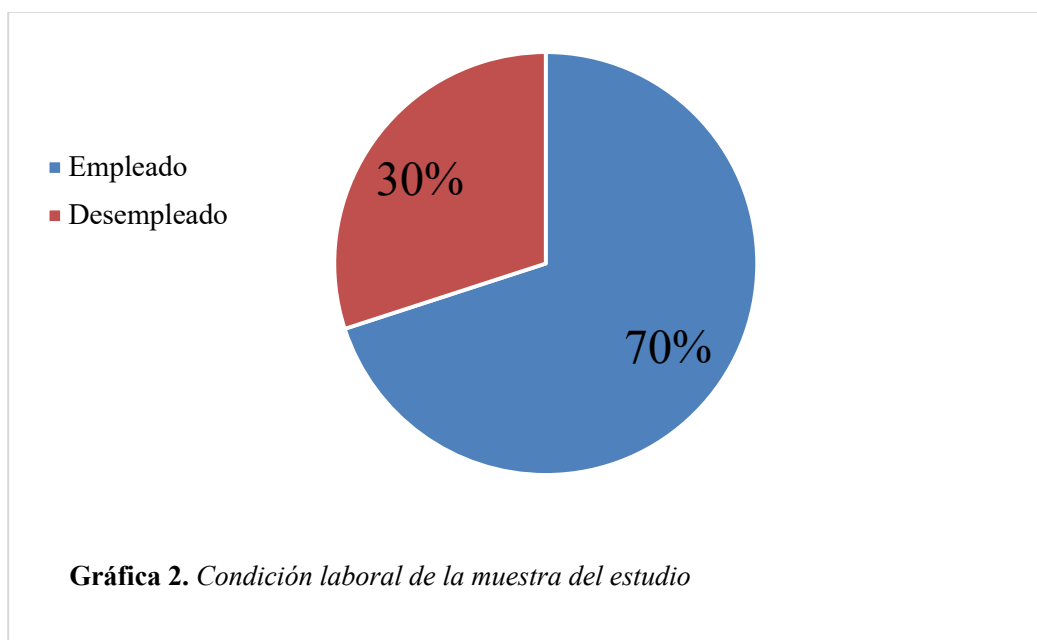
En la primera gráfica, se puede apreciar que el 40% de los pacientes culminaron la secundaria, mientras que el 30%, terminó la primaria, y el 30% tiene educación universitaria.

Tabla 9.

Condición laboral de la muestra del estudio

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	7	70%
Desempleado	3	30%
Total	10	100%

Fuente: entrevista clínica



Fuente: Entrevista clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

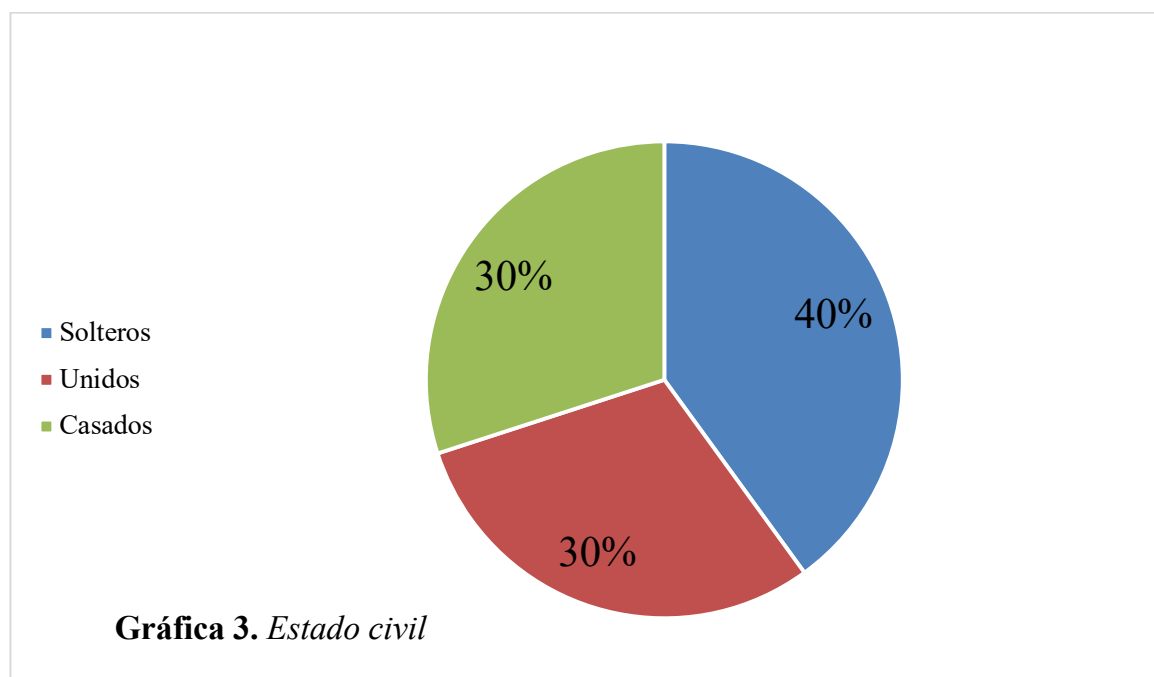
En la segunda gráfica, se observa que actualmente, siete de los pacientes están laborando, los cuales representan un 70% de la muestra; tres de los pacientes están desempleados, y representan el 30% de la muestra.

Tabla 10.

Estado civil de la muestra

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	4	40%
Unido	3	30%
Casado	3	30%

Fuente: entrevista clínica



Fuente: Entrevista clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

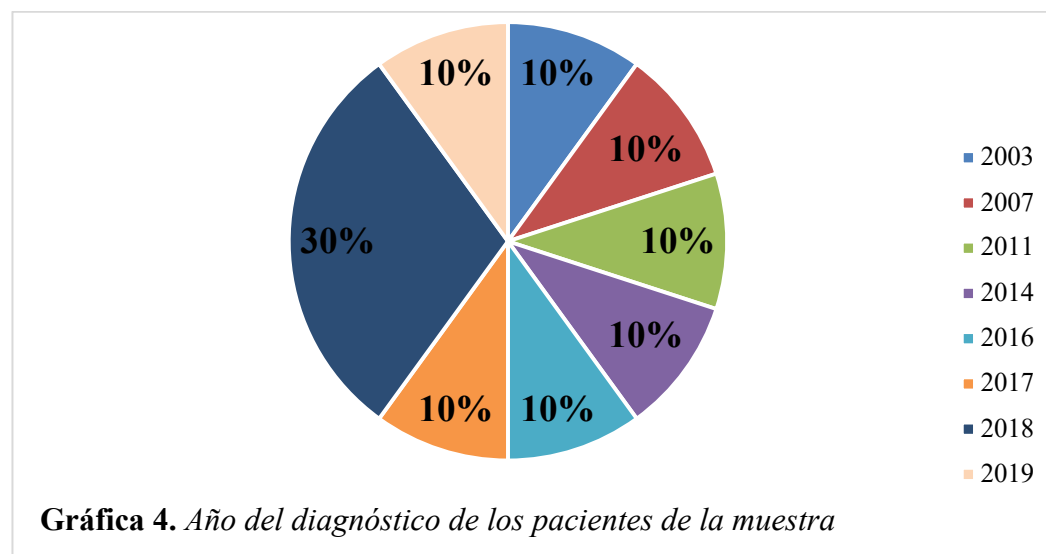
En la Gráfica 3, observamos que cuatro de los participantes están solteros y representan el 40% de la muestra; tres de los participantes están unidos y representan el 30% de la muestra; y tres están casados, representan el 30% de la muestra.

Tabla 11.

Año del diagnóstico de los pacientes de la muestra

AÑO DE Dx	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2003	1	10%
2007	1	10%
2011	1	10%
2014	1	10%
2016	1	10%
2017	1	10%
2018	3	30%
2019	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: Entrevista clínica



Fuente: Entrevista Clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

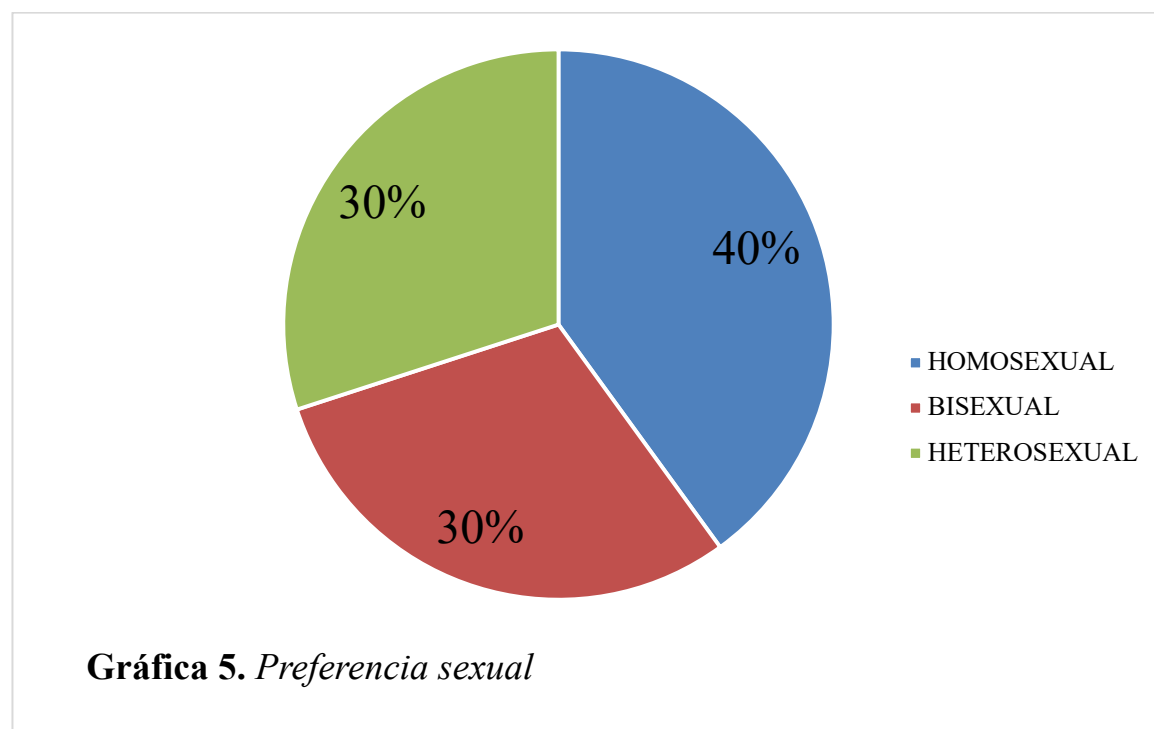
En el gráfico cuatro, se presenta el año en que fueron diagnosticados con VIH – SIDA los participantes de la investigación. Un sujeto fue diagnosticado en el año 2003(representa el 10% de la muestra); un sujeto fue diagnosticado en el 2007 (representa el 10% de la muestra); un sujeto fue diagnosticado en el año 2011 (representa el 10% de la muestra); un sujeto se le diagnostico en el año 2014 (representa el 10% de la muestra); un sujeto en el año 2016 (representa el 10% de la muestra); un sujeto fue diagnosticado en el año 2017 (representa el 10% de la muestra); tres de los sujetos fueron diagnosticados en el año 2018 (representan el 30% de la muestra); un sujeto fue diagnosticado en el año 2019 (representa el 10% de la muestra).

Tabla 12.

Preferencia sexual de la muestra

P. SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Homosexual	4	40%
Bisexual	3	30%
Heterosexual	3	30%
TOTAL	10	100%

Fuente: entrevista clínica



Fuente: Entrevista clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

En la Gráfica 5, observamos que tres de los participantes señalan que su preferencia sexual es bisexual y representan el 30% de la muestra; tres de los participantes señalan ser heterosexuales y representan el 30% de la muestra; y cuatro señalan ser homosexuales y representan el 40% de la muestra.

Tabla 13.*Descripción de muestra del grupo experimental*

Pte.	Sexo	Edad	Educación	Ocupación	E. Civil	Año de Dx.	Pref. sexual
1	M	29 a.	Técnico en Admón. De R. Humanos	Desempleado	Con Pareja	2018	Homo-sexual
2	M	36 a.	Bachillerato	Artes Plásticas	Con pareja	2019	Homo-sexual
3	M	31 a.	Universitario	Estudiante	Soltero	2014	Bi-sexual
4	M	32 a.	Primaria	Jornalero	Soltero	2018	Bi-Sexual
5	M	31 a.	Primaria	Estilista	Soltero	2016	Homo-sexual

Fuente: Entrevista clínica a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

La Tabla 13 describe la distribución de la muestra del grupo experimental. En la muestra original, se produjo una mortalidad experimental de un sujeto. El número total de participantes que completaron el programa fue de cinco, tal como se describe a continuación: Los cinco participantes del grupo experimental son de género masculino, el rango de edad en que se encuentran es entre 29 - 36 años. El nivel de educación alcanzado: dos alcanzaron la primaria, uno alcanzó el bachillerato y dos de los participantes alcanzaron el nivel universitario.

Estado civil, tres de los participantes son solteros y dos tienen pareja actualmente.

El año en que fueron diagnosticados: un participante fue diagnosticado en el 2014; uno en el 2016; dos fueron diagnosticados en el 2018; y uno fue diagnosticado en el año 2019.

En cuanto a su preferencia sexual, dos señalan que son bisexuales y tres señalan que son homosexuales.

Tabla 14.*Descripción de muestra del grupo control*

Pte.	Sexo	Edad	Educación	Ocupación	E. Civil	Año de Dx.	Pref. Sexual
6	M	35. a.	Bachillerato	Independiente	Casado	2007	Hetero- sexual
7	M	22 a.	Bachillerato	Estudiante	Soltero	2018	Bi- Sexual
8	M	55 a.	Primaria	Agricultor	Unido	2003	Hetero- Sexual
9	M	52 a.	Primaria	T. Manual	Casado	2017	Hetero- Sexual
10	M	29 a.	Universitario	Independiente	Casado	2011	Bi- Sexual

Fuente: Entrevista Clínica a Pacientes diagnosticados con VIH-SIDA en la Provincia de Los Santos.

La Tabla 14 describe la distribución de la muestra del grupo control. De la muestra original, se produjo una mortalidad del grupo control de un sujeto. El número total de participantes que completaron el programa fue de cinco, tal como se describe.

Los 5 participantes del grupo experimental son de género masculino, el rango de edad en que se encuentran es entre 22 - 55 años, El nivel de educación alcanzado, dos alcanzaron la primaria, dos alcanzaron el bachillerato y uno alcanzó los estudios universitarios.

El estado civil de tres de los participantes son casados, uno está soltero y uno está unido actualmente.

El año en que fueron diagnosticados: un participante fue diagnosticado en el 2003; uno en el 2007; uno fue diagnosticado en el 2011; uno fue diagnosticado en el año 2017; y uno fue diagnosticado en el año 2018.

En cuanto a su preferencia sexual, dos señalan que son bisexuales y tres señalan que son heterosexuales.

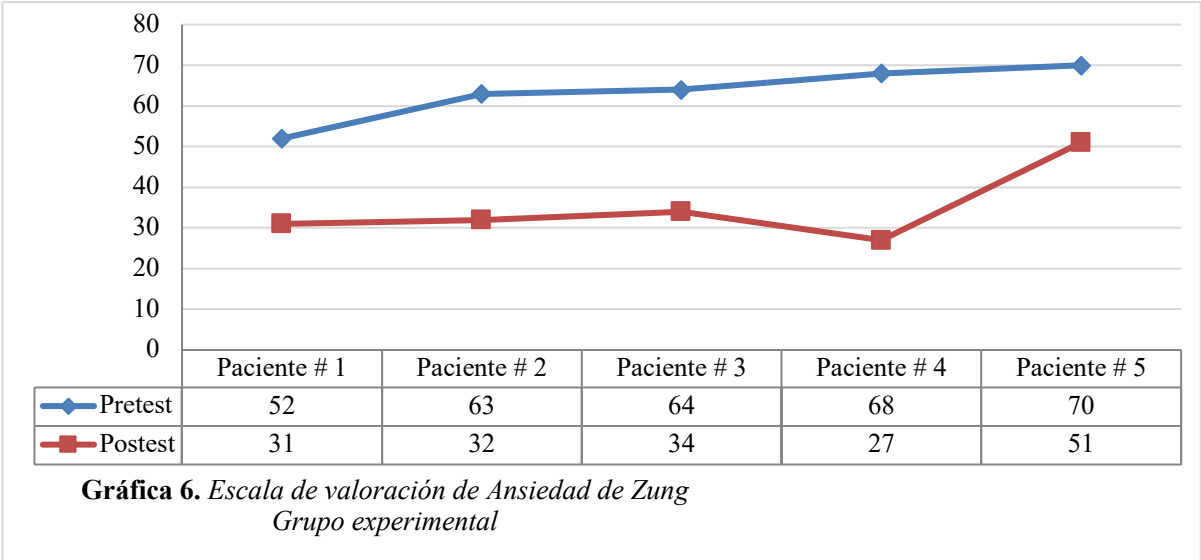
Posterior a la presentación de los datos con las características de la muestra, se iniciará la ilustración por medio de gráficos, siguiendo con el análisis descriptivo de los resultados de la presente investigación.

Tabla 15.

Puntajes obtenidos en la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung por el grupo experimental

Pte.	Pretest Puntaje	Postest Puntaje
1	52	31
2	63	32
3	64	34
4	68	27
5	70	51

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung



Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung

En el Gráfico 6, se presentan los puntajes obtenidos en el pre-test y post-test de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental.

Si observamos cuidadosamente, podemos apreciar que el sujeto uno obtuvo un puntaje de 52 en el pre-test y 31 en el post-test; el sujeto dos obtuvo un puntaje de 63 en el pre-test y 32 en el post-test; el sujeto tres obtuvo un puntaje de 64 en el pre-test y 34 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo un puntaje de 68 en el pre-test y 27 en el post-test; y el sujeto cinco obtuvo un puntaje de 70 en el pre-test y 51 en el post-test.

Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una

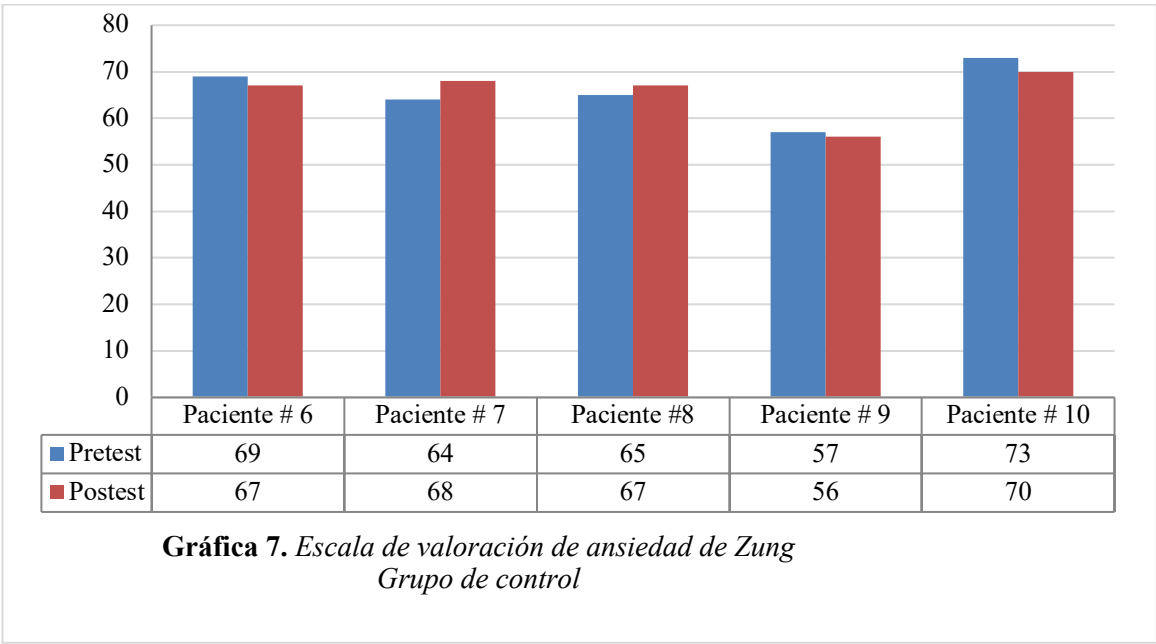
disminución de los niveles de ansiedad en todos los participantes, después de la aplicación del programa de intervención psicológica.

Tabla 16.

Puntajes obtenidos en la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung por el grupo control

Pte.	Pretest Puntaje	Postest Puntaje
6	69	67
7	64	68
8	65	67
9	57	56
10	73	70

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung



Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung

En el Gráfico 7, se presentan los puntajes obtenidos en el pre-test y post-test de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung por el grupo control. En donde, el sujeto seis obtuvo un puntaje de 69 en el pre-test y 67 en el post-test; el sujeto siete obtuvo un puntaje de 64 en el pre-test y 68 en el post-test; el sujeto ocho obtuvo un puntaje de 65 en el pre-test y 67 en el post-test; el sujeto nueve obtuvo un puntaje de 57 en el pre-test y 56 en el post-test; y el sujeto 10 obtuvo un puntaje de 73 en el pre-test y 70 en el post-test.

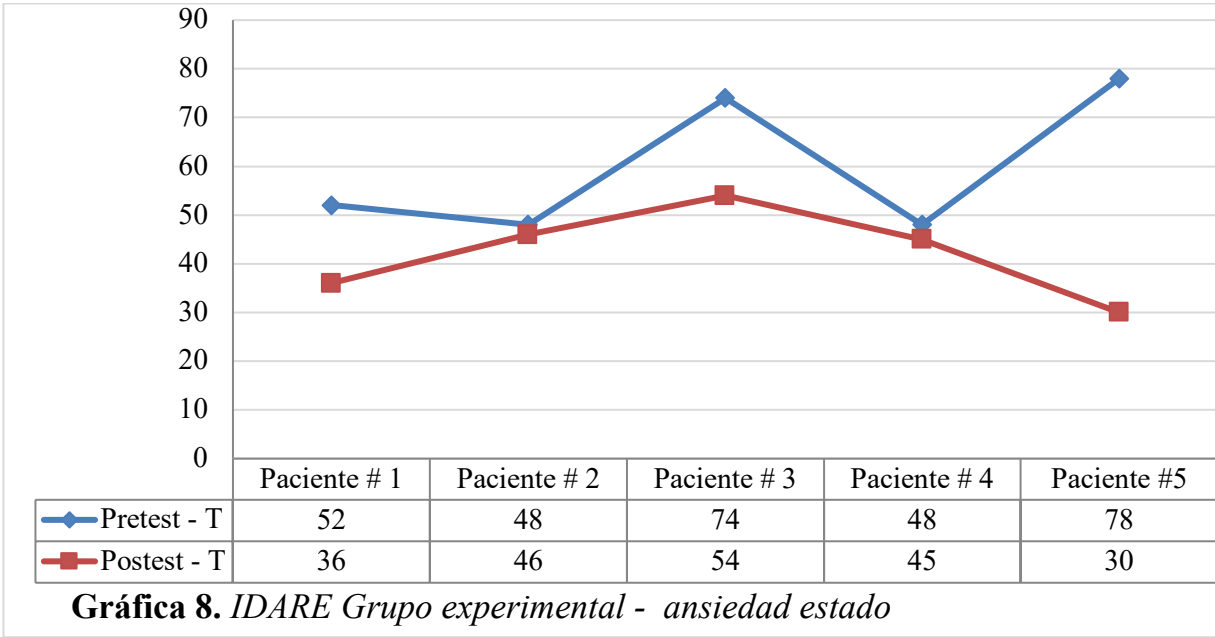
Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de los niveles de ansiedad de tres de los participantes y un aumento de dos de los participantes en el grupo control.

Tabla 17.

Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado del grupo experimental

Pte.	Puntuación Natural Pre- Estado	Puntaje T Ansiedad Estado	Puntuación Natural Post - Estado	Postest T Ansiedad Estado
1	41	52	30	36
2	34	48	32	46
3	66	74	39	54
4	34	48	31	45
5	70	78	23	30

Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)



Gráfica 8. IDARE Grupo experimental - ansiedad estado

Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)

El Gráfico 8, presenta los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test del Inventario de Ansiedad rasgo-estado, en la escala de Ansiedad estado del grupo experimental.

En esta gráfica, se evidencia que el sujeto uno obtuvo un puntaje de 52 en el pre-test y 36 en el post-test; el sujeto dos obtuvo un puntaje de 48 en el pre-test y 46 en el post-test; el sujeto

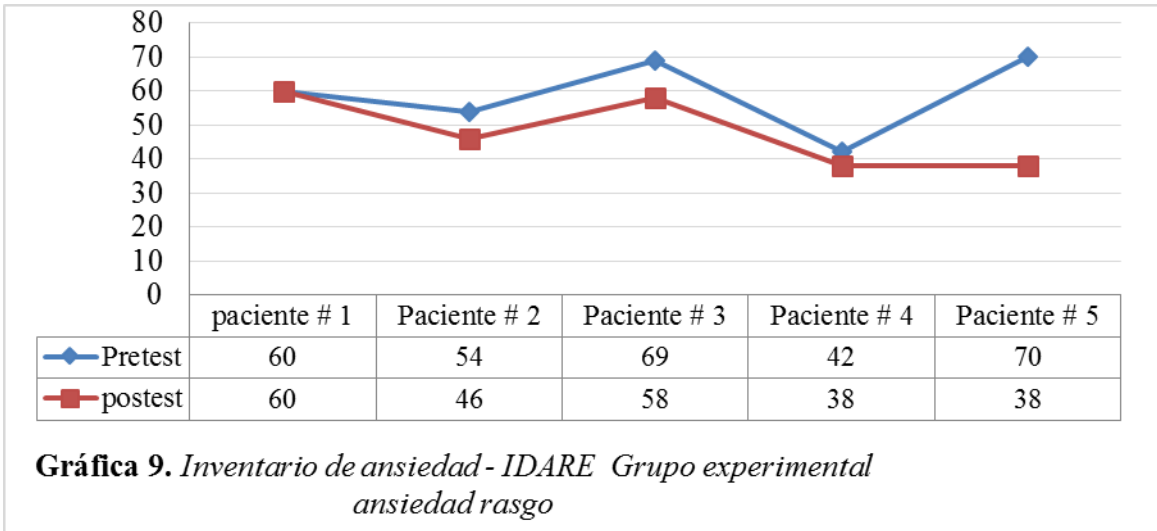
tres obtuvo un puntaje de 74 en el pre-test y 54 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo un puntaje de 48 en el pre-test y 45 en el post-test; y el sujeto cinco obtuvo un puntaje de 78 en el pre-test y 30 en el post-test. Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de los niveles de ansiedad estado de todos los participantes después de la aplicación del programa de intervención psicológica.

Tabla 18.

Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental

Pte.	Puntuación Natural Pretest- Rasgo	Puntaje T Pretest - Rasgo	Puntuación Natural Postest- Rasgo	Puntaje T Postest- Rasgo
1	47	60	46	60
2	42	54	35	46
3	62	69	45	58
4	32	42	29	38
5	65	70	29	38

Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)



Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)

El Gráfico 9, presenta los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test del Inventario de Ansiedad rasgo-estado, en la escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental.

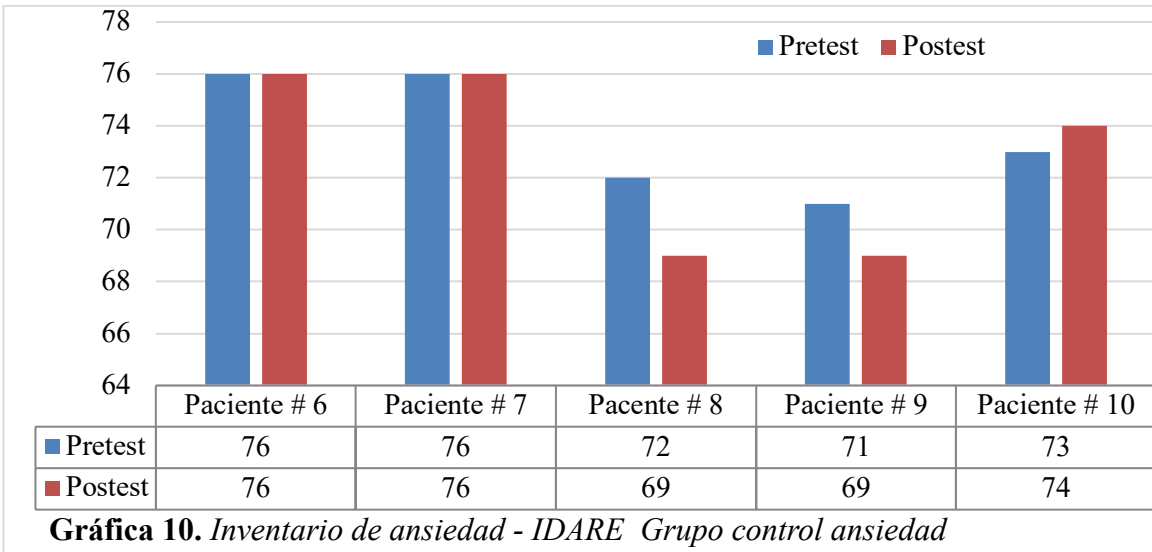
En este se observa que el sujeto uno obtuvo un puntaje de 60 en el pre-test y 60 en el post-test; el sujeto dos obtuvo un puntaje de 54 en el pre-test y 46 en el post-test; el sujeto tres obtuvo un puntaje de 69 en el pre-test y 58 en el post-test; el sujeto cuatro obtuvo un puntaje de 42 en el pre-test y 38 en el post-test; y el sujeto cinco obtuvo un puntaje de 70 en el pre-test y 38 en el post-test. Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de cuatro participantes en el posttest de los niveles de ansiedad rasgo en los participantes después de la aplicación del programa de intervención psicológica, y un sujeto se mantuvo igual tanto en el pretest como en el posttest.

Tabla 19.

Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado del grupo control

Pte.	Puntuación Natural Pre- Estado	Puntaje T Ansiedad Estado	Puntuación Natural Post - Estado	Postest T Ansiedad Estado
6	68	76	65	76
7	63	76	62	76
8	59	72	57	69
9	58	71	57	69
10	60	73	61	74

Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)



Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)

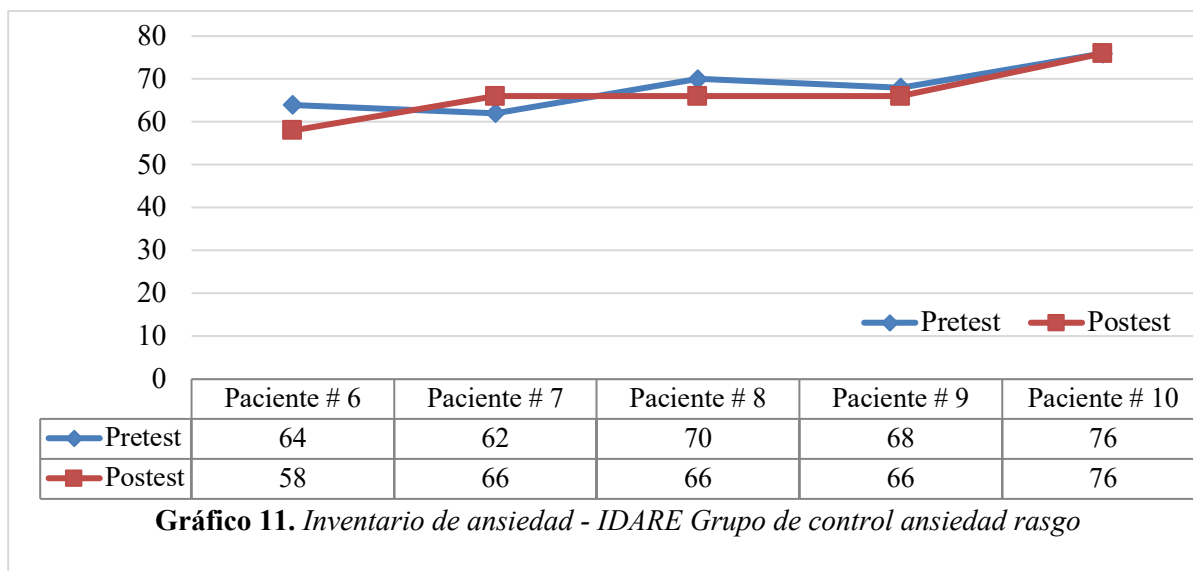
En el gráfico 10, se presentan los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test del Inventario de Ansiedad rasgo-estado, en la escala de Ansiedad estado del grupo control. En donde, el sujeto seis obtuvo un puntaje de 76 en el pre-test y 76 en el post-test; el sujeto siete obtuvo un puntaje de 76 en el pre-test y 76 en el post-test; el sujeto ocho obtuvo un puntaje de 72 en el pre-test y 69 en el post-test; el sujeto nueve obtuvo un puntaje de 71 en el pre-test y 69 en el post-test; y el sujeto 10 obtuvo un puntaje de 73 en el pre-test y 74 en el post-test. Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones de dos de los participantes son iguales en el post-test como en el pre-test; dos de los participantes tuvieron una disminución en las puntuaciones del post-test; y un sujeto obtuvo un aumento en los puntajes del pre-test en comparación con el post-test para el grupo control.

Tabla 20.

Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo control

Pte.	Puntuación Natural Pretest-Rasgo	Puntaje T Pretest-Rasgo	Puntuación Natural Postest-Rasgo	Puntaje Postest- rasgo
6	55	64	45	58
7	51	62	57	66
8	64	70	57	66
9	61	68	56	66
10	68	63	63	76

Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)



Fuente: Resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)

En el gráfico 11, se presentan los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test del Inventario de Ansiedad rasgo, escala de Ansiedad estado del grupo control. En donde, el sujeto seis obtuvo un puntaje de 64 en el pre-test y 58 en el post-test; el sujeto siete obtuvo un puntaje de 62 en el pre-test y 66 en el post-test; el sujeto 8 obtuvo un puntaje de 70 en el pre-test y 66 en el post-test; el sujeto nueve obtuvo un puntaje de 68 en el pre-test y 66 en el post-test; y el sujeto 10 obtuvo un puntaje de 76 en el pre-test y 76 en el post-test.

Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que uno de los participantes obtuvo igual puntaje tanto en el pre-test como en el post-test; en cinco de los participantes las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de los niveles de ansiedad de tres de los participantes y un aumento de uno de los participantes en el grupo control.

3.2 Pruebas de Hipótesis

A continuación, se muestra el resumen de la prueba de hipótesis que arrojó el Programa Estadístico SPSS para las puntuaciones pretest y posttest para cada una de las escalas de las pruebas que se aplicaron. Se utilizó la prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos. El nivel de significancia utilizado fue de 0.05.

1. Ansiedad/Zung: pretest/experimental VS pretest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 21.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental vs el grupo control

	<i>Experimental - Pre</i>	<i>Control - Pre</i>
Media	63.4	65.6
Varianza	48.8	35.8
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	42.3	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-0.5348383	
P(T<=t) una cola	0.30365133	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.60730266	
Valor crítico de t (dos colas)	+/- 2.30600414	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 21, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba *t de Student*, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.60$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de ansiedad estado entre el grupo control y el experimental, al inicio del tratamiento.

Al inicio de la intervención psicológica se pudo observar que el grupo control y el experimental tenían los niveles de ansiedad bastantes parecidos. Las puntuaciones de los niveles de ansiedad del pretest en ambos grupos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

2. Ansiedad/Zung: pretest/experimental VS posttest/ experimental

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 22.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y posttest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental

	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	63.4	35
Varianza	48.8	86.5
Observaciones	5	5
Varianza agrupada		67.65
Diferencia hipotética de las medias		0
Grados de libertad		8
Estadístico t		5.45951978
P(T<=t) una cola		0.00030094
Valor crítico de t (una cola)		1.85954804
P(T<=t) dos colas		0.00060187
Valor crítico de t (dos colas)		+/- 2.30600414

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 22, al comparar las puntuaciones medias de las muestras utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y por ende, confirmar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico *t* (valor $p=0.0006$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. En el grupo experimental obtuvieron puntuaciones promedio más bajas en el posttest en comparación con los puntajes obtenidos en el pretest.

Se pudo comprobar que la Terapia Cognitivo Conductual contribuyó a reducir los niveles de ansiedad en los participantes del programa del grupo experimental. Las puntuaciones del posttest relacionadas con los niveles de ansiedad sí presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones del pretest.

3. Ansiedad/Zung: pretest/control VS posttest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 23.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y posttest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo control

	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	65.6	65.6
Varianza	35.8	30.3
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	33.05	
Diferencia hipotética de las medias		0
Grados de libertad		8
Estadístico t		0
P(T<=t) una cola		0.5
Valor crítico de t (una cola)		1.85954804
P(T<=t) dos colas		1
Valor crítico de t (dos colas)		+/- 2.30600414

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 23, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=1.00$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo control.

Se pudo observar que el grupo control, al no recibir el Tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual, los participantes mantuvieron los mismos niveles de ansiedad, tanto en el pretest como en el posttest. Las puntuaciones del posttest de los niveles de ansiedad no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones obtenidas en el pretest.

4. Ansiedad/Zung: posttest/experimental VS posttest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$\mathbf{H_0: \mu_a = \mu_b}$$

$$\mathbf{H_1: \mu_a \neq \mu_b}$$

Tabla 24.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el posttest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental vs el grupo control

	<i>Experimental - Post</i>	<i>Control - Post</i>
Media	35	65.6
Varianza	86.5	30.3
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	58.4	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-6.33118505	
P(T<=t) una cola	0.00011255	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.00022511	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 24, al comparar las puntuaciones medias de las muestras utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y confirmar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico *t* (valor $p=0.0002$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Los participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones promedio más bajas en el posttest en comparación con los puntajes obtenidos por el grupo control en el posttest.

Se pudo comprobar que la Terapia Cognitivo Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad del grupo experimental después de recibir el programa de intervención psicológica. Las puntuaciones del posttest del grupo experimental en los niveles de ansiedad sí presentaron diferencias estadísticamente significativas, con respecto a las puntuaciones obtenidas en el posttest por parte del grupo control.

5. Ansiedad/Estado: pretest/experimental VS posttest/ experimental

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 25.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado del grupo experimental.

	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	60	42.6
Varianza	218	75.8
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	146.9	
Diferencia hipotética de las medias		0
Grados de libertad		8
Estadístico t		2.269908519
P(T<=t) una cola		0.026448993
Valor crítico de t (una cola)		1.859548038
P(T<=t) dos colas		0.052897986
Valor crítico de t (dos colas)		+/- 2.306004135

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 25, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.052$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado del grupo experimental.

En conclusión: A pesar de que las puntuaciones del posttest eran menores que las obtenidas en el pretest, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental. La Terapia Cognitiva Conductual contribuyó a reducir los niveles de ansiedad estado del grupo experimental, después de recibir el programa de intervención psicológica.

6. Ansiedad/Rasgo: pretest/experimental VS posttest/ experimental

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 26.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y posttest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental.

	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	59	48
Varianza	134	112
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	123	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	1.568231358	
P(T<=t) una cola	0.07773218	
Valor crítico de t (una cola)	1.859548038	
P(T<=t) dos colas	0.15546436	
Valor crítico de t (dos colas)	+/- 2.306004135	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 26, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.15$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad rasgo del grupo experimental.

En conclusión: A pesar de que las puntuaciones del posttest fueron menores que las obtenidas en el pretest, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental.

7. Ansiedad/Estado: pretest/control VS posttest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 27.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y posttest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado del grupo control

	<i>Pretest - Estado</i>	<i>Postest - Estado</i>
Media	72.8	72.8
Varianza	9.7	9.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	9.7	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0	
P(T<=t) una cola	0.5	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	1	
Valor crítico de t (dos colas)	+/- 2.30600414	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 27, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor p=1.00) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) en la Escala de Ansiedad estado del grupo control.

Se pudo comprobar que el grupo control al no recibir el tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual, los participantes mantuvieron los mismos niveles de ansiedad estado, tanto en el pretest como en el posttest. Las puntuaciones del posttest de los niveles de ansiedad no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pretest.

8. Ansiedad/Rasgo: pretest/control VS posttest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 28.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y posttest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo control.

	<i>Pretest - Rasgo</i>	<i>Postest - Rasgo</i>
Media	50.2	48.6
Varianza	21.7	28.8
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	25.25	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	0.50345342	
P(T<=t) una cola	0.31410639	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.62821278	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 28, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.62$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. , por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad rasgo del grupo control.

Se pudo comprobar que: El grupo control al no recibir el Tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual, obtuvo puntajes similares en los niveles de ansiedad; sin embargo, las puntuaciones del posttest de los niveles de ansiedad no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pretest.

9. Ansiedad/Estado: pretest/experimental VS pretest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 29.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado del grupo experimental vs control.

	<i>pre T- Estado – Experimental</i>	<i>pre T- Estado - control</i>
Media	60	72.8
Varianza	218	9.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	113.85	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-1.896764691	
P(T<=t) una cola	0.047218632	
Valor crítico de t (una cola)	1.859548038	
P(T<=t) dos colas	0.094437265	
Valor crítico de t (dos colas)	+/- 2.306004135	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 29, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba *t de Student*, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.09$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$., por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones de ansiedad estado entre el grupo control y el experimental al inicio del tratamiento.

Se pudo comprobar que el grupo control y el experimental al inicio de la intervención psicológica tenían los niveles de ansiedad estado parecidos. Las puntuaciones de los niveles de ansiedad del pretest en ambos grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas al inicio del mismo.

10. Ansiedad/Estado: posttest/experimental VS posttest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 30.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el postest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad estado del grupo experimental vs control.

	<i>Post T - Estado - Experimental</i>	<i>Post T - Estado- Control</i>
Media	42.2	72.8
Varianza	87.2	9.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	48.45	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	-6.95095601	
P(T<=t) una cola	5.9152E-05	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.0001183	
Valor crítico de t (dos colas)	+/- 2.30600414	

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 30, al comparar las puntuaciones medias de las muestras utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y confirmar la Hipótesis Alterna, ya que la probabilidad del estadístico *t* (valor $p=0.0001$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Los participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones promedio más bajas en el postest en comparación con los puntajes obtenidos por el grupo control, en el postest.

Se pudo comprobar que la Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad estado del grupo experimental después de recibir el programa de intervención psicológica. Las puntuaciones del postest del grupo experimental en los niveles de ansiedad estado sí presentaron diferencias estadísticamente significativas, con respecto a las puntuaciones postest del grupo control.

11. Ansiedad/Rasgo: pretest/experimental VS pretest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 31.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental vs control.

	Pre T- Rasgo – Experimental	Pre T- Rasgo – control
Media	59	50.2
Varianza	134	21.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada		77.85
Diferencia hipotética de las medias		0
Grados de libertad		8
Estadístico t		1.57696977
P(T<=t) una cola		0.076726687
Valor crítico de t (una cola)		1.859548038
P(T<=t) dos colas		0.153453374
Valor crítico de t (dos colas)		+/- 2.306004135

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 31, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.15$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. , por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de ansiedad rasgo del grupo experimental vs el grupo control.

En conclusión: Tanto el grupo de control y el experimental al inicio de la intervención psicológica tenían los niveles de ansiedad rasgo similar. Las puntuaciones de los niveles de ansiedad del pretest en ambos grupos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas al inicio del mismo.

12. Ansiedad/Rasgo: posttest/experimental VS posttest/ control

Hipótesis Estadísticas

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Tabla 32.

Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental vs control.

	Post T - Rasgo - Experimental	Post T- Rasgo - control
Media	48	44.6
Varianza	112	174.8
Observaciones	5	5
Varianza agrupada		143.4
Diferencia hipotética de las medias		0
Grados de libertad		8
Estadístico t		0.44892557
P(T<=t) una cola		0.3326984
Valor crítico de t (una cola)		1.85954804
P(T<=t) dos colas		0.66539681
Valor crítico de t (dos colas)		2.30600414

Nota. $\alpha = 0.05$

En la Tabla 32, al comparar las puntuaciones medias de la muestra utilizando la Prueba t de Student, observamos que no existen evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, ya que la probabilidad del estadístico t (valor $p=0.66$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del pretest y posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) en la escala de ansiedad rasgo del grupo experimental vs el grupo control.

Se pudo comprobar que el grupo control y el experimental al finalizar la intervención psicológica tenían los niveles de ansiedad Rasgo parecidos. Las puntuaciones de los niveles de ansiedad del posttest en ambos grupos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

3.3 Discusión de los resultados

Al realizar esta investigación, se planteó su beneficio, tanto de quienes la efectuarían, como para los pacientes que participarían en la misma. Todo el interés que se brindó en llevar a cabo este estudio, se reflejó directamente en los resultados. Al concretar la definición del problema, al redactar los objetivos y las hipótesis, convergían en un solo punto, el cual era lograr un cambio real y efectivo a nivel cognitivo, emocional y comportamental en los pacientes que participarían del programa.

Al llevar a cabo el programa con la terapia cognitivo conductual, este permitió obtener beneficios a quienes participaron en él; pues los resultados indican que disminuyeron los niveles de ansiedad que padecían los pacientes. Durante las entrevistas que fueron de manera individual, se pudo observar lo ansiosos que estaban al tratar situaciones específicas de su vida, evidencias de no tener los recursos ni las respuestas adaptativas para enfrentar la problemática que vivían día a día.

Lazarus y Folkman (1986), citados por Cano et al., (1994), afirman que cuando el sujeto percibe que sus recursos no son suficientes para afrontar una situación aversiva, aparece la ansiedad; sin embargo, se espera que después de la valoración que el individuo hace de la situación adquiera mayor habilidad para afrontarla y de esta manera pueda disminuir la ansiedad.

Es importante que partamos de las ventajas del estudio experimental: este tipo de investigación proporciona un mayor control de los factores, se da la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos; se evidencia una relación causa-efecto entre dos o más variables, razón por la cual indica una mayor confianza en los resultados obtenidos.

En esta exhaustiva investigación se realizaron dos mediciones: antes y después de la aplicación del tratamiento; dentro de este contexto, el grupo experimental estuvo sujeto a un proceso de comparación (grupo control), para conocer cuáles eran los niveles de ansiedad rasgo-estado, antes del inicio del programa, y una aplicación de posttest después, para contar con una línea de referencia y luego una línea final al concluir el programa.

“La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica por qué la ansiedad-estado puede variar, tanto entre individuos (la característica de ansiedad puede ser diferente ante la misma situación), como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). En cuanto a la ansiedad-rasgo, habría que suponer que individualmente varía poco, y, debido a su influencia, las diferencias de ansiedad-estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberger (1989) postulan que, en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado.” (Ries, Castañeda, Campos, Del Castillo, 2012, p.10).

No se escatimó cuidado ni esfuerzo para controlar las variables extrañas, sobre todo al momento de seleccionar una muestra, tratando que la misma fuera lo más homogenizada entre sí: Ser mayor de edad (18 años o más), haber sido diagnosticado con VIH-SIDA, haber firmado el consentimiento informado, disposición de querer participar en la investigación, saber leer y escribir; tener varias fuentes de información a parte de los puntajes de la pruebas aplicada (IDARE y escala de valoración de la ansiedad de Zung); esto ayuda a reducir el falseo, y antes de llevar a cabo las sesiones terapéuticas también se realizó una entrevista clínica a ambos grupos.

Baer y Minichello, (2008) manifiestan que existe una necesidad reconocida de un aumento en el rigor de la investigación y del perfeccionamiento metodológico a fin de demostrar de manera inequívoca que los efectos positivos se deben específicamente a la intervención y no a factores de interferencia.

Fue necesario utilizar instrumentos de medición con buenas propiedades psicométricas, y en especial, ser muy rigurosos a la hora de aplicar la terapia en condiciones óptimas, tales como: un lugar tranquilo, en el mismo horario (la misma hora y mismo día semanalmente), dejarles tareas para que las realizaran en sus casas y con el mismo proceso de investigación en el tiempo transcurrido entre una medición (pre-test) y otra (post-test).

Los hallazgos de la presente investigación revelan que los niveles de ansiedad disminuyeron en los pacientes con B 24 (VIH) del grupo experimental después de participar en el programa de atención psicológica para pacientes diagnosticados; dicho programa empleó la Terapia Cognitiva Conductual.

Cabe destacar que para lograr un análisis más completo, se utilizó el estadístico de la t de Student, el cual nos ofrece la oportunidad de comprobar si existían diferencias significativas en los niveles de ansiedad antes y después de la intervención, entre el grupo experimental y el grupo control. Culminado el análisis pudimos constatar que sí hubo diferencia en los niveles de ansiedad antes y después de participar en el programa de atención psicológica, tal como se presenta a continuación:

En la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental vs el grupo control, al aplicar el pretest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.60$) es mayor al nivel de

significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna. Estos datos relevantes nos permiten concluir que no existían diferencias significativas entre las puntuaciones en los niveles de ansiedad entre el grupo control y el experimental al inicio del tratamiento.

En la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental, en las mediciones del pretest y posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.0006$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. El grupo experimental obtuvo puntuaciones promedio más bajas en el posttest en comparación con los puntajes obtenidos en el pretest. La Terapia Cognitiva Conductual contribuyó a reducir los niveles de ansiedad en los participantes del grupo experimental.

En la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo control, en las mediciones del pretest y posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 1.00$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alterna. El grupo control al no recibir el tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual, los participantes mantuvieron los mismos niveles de ansiedad, tanto en el pretest como en el posttest.

En la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental vs el grupo control: Con la significancia asintótica de ($p = 0.0002$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechazó la Hipótesis Nula y se aceptó la Hipótesis Alterna. Los participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones promedio más bajas en el posttest en comparación con los puntajes obtenidos por el grupo control en el posttest. La Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad del grupo experimental, después de recibir el programa. El grupo control al no recibir el tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual, mantuvo los mismos niveles de ansiedad.

En la Escala de Ansiedad Estado del grupo experimental, en las mediciones del pretest y posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.052$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alterna. Las puntuaciones del posttest eran menores que las obtenidas en el pretest, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental. A pesar de eso, la Terapia

Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad estado del grupo experimental, después de recibir el programa de intervención psicológica.

En el Inventario de Ansiedad Rasgo del grupo experimental, en las mediciones del pretest y posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.15$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alternativa. A pesar de que las puntuaciones del posttest fueron menores que las obtenidas en el pretest, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental. Esto se debe a que los sujetos presentan ansiedad rasgo, por lo que la terapia que se les aplicó contribuyó a reducirlos a niveles mínimos.

En la Escala de Ansiedad Estado del grupo control, en las mediciones del pretest y posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 1.00$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alternativa. El grupo control al no recibir el tratamiento de la terapia cognitivo conductual, mantuvo los mismos niveles de ansiedad estado.

Escala de Ansiedad Rasgo del grupo control, en las mediciones del pretest y posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.62$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa. El grupo control al no recibir el tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual, no disminuyó significativamente los niveles de ansiedad rasgo en el posttest.

En la Escala de Ansiedad Estado, entre el grupo experimental vs control, en las mediciones del pretest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.09$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alternativa. Por lo que podemos concluir que no existían diferencias significativas entre las puntuaciones en los niveles de ansiedad entre el grupo control y el experimental, al inicio del tratamiento.

En la Escala de Ansiedad estado del grupo experimental vs control, en las mediciones del posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.0001$) es menor al nivel de significancia (α

= 0.05), se rechazó la Hipótesis Nula y se aceptó la Hipótesis Alternativa. La Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad estado del grupo experimental después de recibir el programa de intervención psicológica. Las puntuaciones del posttest del grupo experimental en los niveles de ansiedad estado sí presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones posttest del grupo control.

En la Escala de Ansiedad rasgo del grupo experimental vs control, en las mediciones del pretest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.15$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alternativa. Por lo que podemos concluir que no existían diferencias significativas entre las puntuaciones en los niveles de ansiedad entre el grupo control y el experimental, al inicio del tratamiento.

En la Escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental vs control, en las mediciones del posttest: Con la significancia asintótica de ($p = 0.66$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y se rechazó la Hipótesis Alternativa. Al finalizar la intervención psicológica, el grupo control y el experimental tenían los niveles de ansiedad rasgos parecidos. Las puntuaciones de los niveles de ansiedad del posttest en ambos grupos, no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Esta situación podría obedecer a que los sujetos presentan ansiedad rasgo, por lo que la terapia que se les aplicó contribuyó a reducir los niveles de ansiedad rasgo al mínimo, pero no en una proporción significativa, desde una perspectiva estadística.

Podemos comparar los resultados obtenidos en esta investigación con los de los siguientes autores:

“Las pruebas de hipótesis llevan a comprobar que se encontraron diferencias significativas entre las mediciones del Pre-Test y el Post-Test, específicamente se encontró que las mediciones del Post-Test fueron significativamente menores que las del Pre-Test, lo que a su vez sustenta que el tratamiento produjo la suficiente varianza sistemática como para producir cambios significativos, traducéndose en una disminución significativa de los síntomas de ansiedad después del tratamiento.” (Acuña, 2018, p. 75).

Al contrastar los resultados de esta investigación con los de Pinzón (2011), se reafirma que la Terapia Cognitiva Conductual ayuda a mejorar los síntomas de ansiedad de los pacientes con VIH-SIDA.

Samaniego (2018), en la investigación que realizó concluyó que la Terapia Cognitiva Conductual aplicada de manera grupal, contribuye a disminuir los niveles de ansiedad-estado en los participantes del programa.

Magallanes (2009), realizó un estudio que se publicó en el 2015; utilizando un programa cognitivo conductual para el manejo de ansiedad en pacientes con VIH pertenecientes a la red Organización de Personas Viviendo con VIH Sida, de Perú, Chimbote en el (2009). Para tal efecto, se aplicó la prueba del Stai a 24 personas infectadas con el VIH conformando la muestra experimental 12 sujetos y 12 el grupo control. Este trabajo de investigación es de tipo cuasi-experimental con el diseño pre test y pos test; para la obtención de resultados se empleó el estadístico “t” de student. Luego de aplicar el programa cognitivo- conductual al grupo experimental existe una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad es decir el nivel alto del 42% se reduce al 8%, por lo tanto el programa cognitivo- conductual es eficaz para la disminución de la ansiedad.

Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, Haglin, (2008) se encargaron de realizar una investigación sobre los efectos de la intervención de la meditación en paralelo con la TCC en pacientes con ansiedad a través del programa MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy). Aunque los autores demuestran reducciones en los niveles de ansiedad, este estudio tiene algunas limitaciones que pueden sesgar los resultados observados, como una muestra pequeña, la falta de un grupo control y seguimiento.

Finalmente, es importante destacar que al emplear la Terapia Cognitiva Conductual a la luz de los objetivos y fines preestablecidos en este trabajo, podemos fundamentar clínica y estadísticamente, que la experiencia obtenida mediante la aplicación del programa de atención psicológica para pacientes diagnosticados con B 24, logró su cometido, al ayudar a los pacientes a modificar su conducta, sus emociones y por ende, su comportamiento, al disminuir sus niveles de ansiedad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El objetivo general y primordial de esta investigación fue analizar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual, en la sintomatología ansiosa en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos.

Se estudió y se trabajó con una muestra de diez personas, el rango de edades entre 22 y 55 años; todos eran pacientes diagnosticados con B 24 (VIH-SIDA). La muestra fue dividida aleatoriamente, y se asignaron cinco participantes al grupo experimental (grupo con el que se trabajó) y cinco, al grupo control. Finalizada nuestra investigación y de acuerdo con los resultados obtenidos, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Observamos que en la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, al comparar el pretest del grupo experimental y del grupo de control, ambos grupos mantenían niveles similares de ansiedad, antes del inicio del programa de atención psicológica para pacientes diagnosticados con B 24 (VIH).
2. En la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, al comparar el pretest y el posttest del grupo experimental, se concluye que la Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad en los participantes del grupo experimental, que participaron del programa de atención psicológica.
3. Se puede apreciar en los resultados estadísticos en la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del pretest y posttest del grupo control, que los pacientes con VIH que no participaron en el programa de atención psicológica mantuvieron los mismos niveles de ansiedad.
4. En la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, al comparar el posttest del grupo experimental y del grupo control, se pudo determinar que la Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad en los participantes.
5. Luego de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual, podemos afirmar que se logró el objetivo primordial de este estudio, al identificar y modificar los patrones cognitivos y conductuales de los pacientes con HIV-SIDA, tal como lo plantearon oportunamente, Imgram, Scott y Bellak (1990), en sus estrategias eficaces para minimizar, en la medida de las posibilidades, los estados de angustia y de ansiedad que se presentan en estos pacientes.

6. Observando el resultado obtenido en la Escala de Ansiedad Estado del IDARE, al comparar el pretest y el posttest del grupo experimental, se concluye que la Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad estado, después de participar en el programa de atención psicológica, a pesar de que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental.
7. En la Escala de Ansiedad Rasgo del test IDARE del grupo experimental, al comparar el pretest y el posttest, a pesar que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas, se concluye que la Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad después de recibir el programa de atención psicológica.
8. Con la Escala de Ansiedad Estado del IDARE, comparando el posttest del grupo experimental y del grupo control el cual no participó, se concluye que la Terapia Cognitiva Conductual ayudó a reducir los niveles de ansiedad del grupo experimental, después de recibir el programa de atención psicológica para pacientes diagnosticados con B 24.
9. La utilización del diseño experimental con pre-test y post-test, permitió evaluar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención terapéutica, como también el efecto del programa sobre la ansiedad entre el grupo experimental y el grupo de control.
10. Se confirma que la Terapia Cognitiva Conductual aplicada de manera grupal, es efectiva para reducir los niveles de ansiedad, y que el programa de atención psicológica para pacientes diagnosticados con B 24 (VIH), surtió efectos positivos para los pacientes que lo recibieron.

4.2 Recomendaciones

1. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron positivos, por ello es recomendable replicar este estudio en poblaciones de pacientes diagnosticados con VIH-SIDA, para comparar los resultados que se obtuvieron.
2. Se debe repetir este estudio en poblaciones que incluyan tanto hombres como mujeres, para así realizar un cuadro comparativo en cuanto al tema de la ansiedad, en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.
3. Se recomienda utilizar un diseño experimental donde haya mayor cantidad de participantes para aumentar la validez y confiabilidad de la Terapia Cognitiva Conductual, y su efectividad en el manejo de la ansiedad, con el doble propósito de determinar si estos resultados son consistentes o, si por lo contrario, los problemas de ansiedad son significativos entre otros tipos de poblaciones.
4. Desde una perspectiva preventiva, sugerimos desarrollar programas de evaluación sistemática sobre el tema y, en los casos en que los resultados sean significativos, incorporar programas de intervención con un abordaje multidisciplinario, incluyendo, la familia del paciente, el centro de salud y la sociedad.
5. Es de suma importancia, realizar sesiones de seguimiento cada seis meses, para determinar si continúan los cambios obtenidos, luego de la aplicación del programa de atención psicológica para pacientes diagnosticados con B 24 (VIH) y prevenir posibles recaídas.
6. Es indispensable tomar en cuenta los factores externos que estimulan y pueden afectar el nivel de ansiedad de los pacientes diagnosticados con B 24, y que en un momento determinado, pudieron incidir en la disponibilidad del paciente para desarrollar y colaborar en la aplicación de estas técnicas terapéuticas.
7. Recomendamos seguir ofreciendo intervenciones terapéuticas a los pacientes de la clínica TARV, con el firme propósito de ofrecerles inducciones que les ilustre sobre el particular y sobre todo, minimizar sus niveles de ansiedad.
8. Realizar estudios referentes a la ansiedad con una muestra poblacional mayor, no solo en pacientes con VIH-SIDA, sino también en otros tipos de poblaciones con otras enfermedades, empleando la Terapia Cognitiva Conductual.

9. Es apremiante desarrollar e implementar programas de atención psicológica a nivel nacional, para pacientes diagnosticados con B 24 , sobre todo que sean liderizados y llevados a la práctica por profesionales que gocen de un alto sentido de sensibilidad humana, de actitud empática que despierte el sentido común y que abran canales de confianza con los pacientes de VIH- SIDA.
10. Involucrar a la familia en los programas de atención psicológica, ya que esta juega un papel importante en el proceso de controlar y/o mejorar los niveles de ansiedad de las personas que las padecen, de manera especial, por el afecto y vitalidad que representa la familia para el paciente de VIH-SIDA.
11. Dinamizar la Clínica Antirretroviral TARV, en el Hospital Regional Anita Moreno, involucrando más la parte de psiquiatría, para la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

Bibliografía

- Acuña Castillo, Francia Jeannette, (2018). Terapia cognitiva conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa. Universidad de Panamá. Maestría en Psicología Clínica. República de Panamá.
- Aduriz, Fernando Martín. (2018). La ansiedad que no cesa, Pensódromo. Pro Quest Ebook Central. Disponible en:
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail.action?docID=5636263>.
Created from upanamasp on 2019-05-18 06:28:38. p. 12
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. p. 996.
- American Psychological Association (APA). (2019). Disponible en:
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>. Created from upanamasp on 2019-05-20.
- Andrews, G; Slade, T; Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry.
- Arrivillaga, Marcela; Correa, Diego; Varela, María; Holguin, Lyda; Tovar José (2006). Variables Psicológicas en Mujeres Diagnosticadas con VIH/SIDA: Un Estudio Correlacional. Pontificia Univrsidad Javeriana, Cali, Colombia.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho>. Created from upanamasp on 2019-05-19 07:28:31.
- Astocondor, L. (2001). Estudio Exploratorio sobre Ansiedad y Depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas aguarunas. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Baer, L. y Minichiello, W. E. (2008). Reasons for inadequate utilization of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 69(4), p. 676.

- Baeza, Juan Carlos, et al. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad, Ediciones Díaz de Santos.
- Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd Ed.). New York, NY, US: Guilford Press
- Bayés R. (1995). SIDA y Psicología. Edición. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A; Emery, G; Greenberg, R. (1985). Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Beck, A; Emery, G; Greenberg, R. (1988). Trastornos de ansiedad y fobias Una perspectiva cognitiva. New York: Basic Books, Inc., Publishers
- Beck, A; Rector, N; Stolar, N. (2005). Cognitive-behavioural therapy for severe mental disorders. Can J Psychiatry.
- Beck, Aaron; Clark, David. (2012). Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización. México: Gedisa.
- Bellak, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Manual Moderno.
- Belloch, A. Sandin, B. & Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. Buenos Aires: McGraw-Hill.
- Bulacio, J. M. (2004). Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral. Buenos Aires: Akadia.
- Caballero, Nancy; Gálvez, Carmen. (2019) .Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas. Editorial El Manual Moderno. Pro

Quest Ebook Central. Disponible en:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail>. Created from upanamasp on 2019-05-18 09:14:35.

- Camacho, Javier. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Artículo. Disponible en: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Cano A., Tobal M., Gonzalez H., & Iruarizaga (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. Universidad Complutense de Madrid.
- Carvalho, José. (1999). Psicología y VIH / SIDA. Análisis. Psicológico. Vol.17, n.2, pp.363-368. ISSN 0870-8231.
- Castanyer, Mayer-Spiess, Olga. (2009). La asertividad: expresión de una sana autoestima (32a. ed.), Editorial Desclee de Brouwer,. ProQuest Ebook Central. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail.action?docID=3194420>. Created from upanamasp on 2019-05-20 16:47:29.
- Castillo, G., García, G., Gonzáles, J; Hincapié, H. (1995). Efectos de un programa de asesoría psicológica sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes seropositivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 13, 89-99.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. Oxford, England: Ronald.
- Centro de Apoyo o APA Help Center. (2010). Disponible en: www.apa.org
- Coavas Blanquiseth Bunny. (2011). Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo Aplicada a un grupo de Homosexuales Diagnosticados con VIH/SIDA tendiente a disminuir sus niveles de ansiedad y depresión. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá; Vicerrectoría de Investigación y Post grado.
- Davidian, M. y Louis, T. A. (2012) "Why statistics?" Science, Doi: 10.1126/science.1218685. (Porqué estadísticas. Ciencia). Disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/336/6077/12/tab-pdf>.

Created from upanamaso on 2019-05-23.

- Escandón, Rafael; Galvez, Cesar. (2006). Libre de Adicciones. Frente a las Drogas, el SIDA y Otros Enemigos de la Sociedad. Editorial Safeliz. Ira edición.
- Escobosa, Roswitha Noelia. (s.f.), Trastorno de Pica: Abordaje de caso único, Terapia Cognitiva Conductual. Universidad De Palermo Facultad de Ciencias Sociales.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., y Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (4), 716-721.
- Eyre, Stephen L. (1991). Emotional Conflict as a Weapon Against AIDS. University of California, San Francisco.
- Fonnegra de Jaramillo, Isa. (1999). De cara a la muerte. Santafé de Bogotá Colombia: intermedio editores. 330 páginas.
- Feldman Robert S. (2010). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. Octava edición. University of Massachussetts.
- Friedman, S., Vila, G., Timsit, J., Boitard, C. y Mouren-Simeoni, M. (1998). Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: relationships with glycemic control and somatic complications. *European Psychiatry*, 13, 295-302.
- Gabalda, Caro. (2007). Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- García Naveira. Alejo. (2017). Entrenamiento Psicológico Para la mejora Del Autocontrol en un Entrenador de fútbol. Acción Psicológica disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v14n1/1578-908X-acp-14-01-00027.pdf> Created from upanamaso on 2019-05-22.

- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). Guías de práctica clínica en el SNS ministerio de sanidad y consumo. Madrid, España.
- Gutiérrez, Lirio del Carmen. (2009). Oportunidades y posibilidades a partir de la enfermedad: la experiencia de voluntarias con personas con el VIH/SIDA, Red Universitas Humanística. Pro Quest Ebook Central. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail.action?docID=3179984>. Created from upanamasp on 2019-05-19 06:08:47.
- Herrero, María Flor. (2016). Manual del terapeuta: programa de la psicoeducación de la ansiedad y entrenamiento en técnicas de relajación, Bubok Publishing S.L. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail.action?docID=5425666>. Created from upanamasp on 2019-05-21 15:50:40.
- Ingram, R.E. y Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy, 2nd ed. (pp. 53-65). New York: Plenum Press.
- Jáuregui, Pablo. (2000). VIH La epidemia del sida se inició aproximadamente en 1931, disponible en: <https://www.elmundo.es/salud/2000/391/960447972.html> 2019-05-25.
- Kessler R; Heeringa S; Lakoma M; Petukhova M; Rupp AE; Schoenbaum M; Wang P; Zaslavsky A. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Am J Psychiatry.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. (1993). Sobre la muerte y los moribundos. Editorial: Grijalbo, S.A., Barcelona.
- Luterek, J; Eng, W; Heimberg, R. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. Psicología Conductual, 11(3), pp.563-581.
- Macklin, Eleanor. (1988). AIDS: Implications for families. Article in Family Relations 37(2):141.

- Magallanes Ravinez, (2009). Programa cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con VIH – Perú, chimbote (2009) publicado en el 2015 Universidad César Vallejo Revista de investigación de estudiantes de psicología “JANG”.
- MAY, Rollo. (1953) El hombre en busca de sí mismo Central, Buenos Aires.
- Mazariegos Cobón, Merly Lizeth. (2013). “Relaciones entre las Ideas Irracionales y La Comunicación Disfuncional en La Familia” Universidad Rafael Landívar. Guatemala. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/22/Mazariegos-Merly.pdf>. Created from upanamas on 2019-05-24 16:25:10.
- Ministerio de Salud. (MINSA). (2018) Panamá en lucha permanente contra las ITS/ VIH/Sida disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-en-lucha-permanente-contra-las-its-vihsida> 2019-05-22
- Mendlowicz, M; Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. Am J Psychiatry.
- Moreno, Pedro; Martín, Julio. (2009). Dominar la crisis de ansiedad: una guía para pacientes (9ª. Ed.) Editorial Desclée de Brouwer. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lipupanamas/detail.action?docID-3193973> Created from upanamas on 2019-05-21 16:45:10.
- Öhman, A; Wiens, S. (2004). The Concept of an Evolved Fear Module and Cognitive Theories of Anxiety. In A. S. R. Manstead, N. Frijda, & A. Fischer (Eds.), Studies in emotion and social interaction. Feelings and emotions: The Amsterdam symposium (pp. 58-80). New York, NY, US: Cambridge University Press. Olatunji B; Cisler J; Tolin D. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev.
- ONUSIDA. (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. ONUSIDA. Ginebra
- ONUSIDA; E. (2018). Boletín Informativo: ONUSIDA,. Ginebra, Suiza: Disponible en <http://www.unaid.org/es>. Consultado en abril, 2019.
- Organización mundial de la salud (OMS). (2005). Situación de la epidemia de SIDA. ONUSIDA/05.19S. versión española.

- Organización Mundial de la salud. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Pérez, Pedro. (2008). Origen y evolución del VIH. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH
- Pinzón Visuetti, Yesica. (2011). Un Programa de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual Para Mejorar la Adherencia al Tratamiento y el Estado Emocional de Pacientes con VIH/SIDA. Universidad de Panamá; Panamá.
- Pomeroy, Robert S. (1995). Community-Based and Co-Management Institutions for Sustainable Coastal Fisheries Management in Southeast Asia. *Ocean & Coastal Management*, 27 (3): 143-162. DOI : 10.1016/0964-5691(95)00042-9
- Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española. (2018). Edición del Tricentenario Actualización.
- Regader, Bertrand. (2018) La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis disponible en: Psicología y Mente <https://psicologiaymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual> Created from upanamas on 2019-05-24 17:25:10.
- Remor, E. A., Carroble, J. A., Arranz, A. P., Martínez-Donate, A. y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Revista Psicología Conductual*, 9(2), 323-336.
- Revista Perspectivas bioéticas. (2010). Nro. 28-29, Editorial Nobuko. ProQuest Ebook Central. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamas/detail.action?docID=3429686>.
- Ries, Castañeda, Campos, Del Castillo. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad en competencias deportivas. Universidad de Murcia, España. <http://revistas.um.es/cpd>: 1989-5879

- Rodríguez, Ángel. (2009). El valor terapéutico del humor (3ª. Ed.). edited by Idigoras. Editorial Desclée de Brouwer,. ProQuest Ebook Central. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail.action?docID-3193719>
Created from upanamasp on 2019-05-21 16:29:10.
- Rojas, Enrique. (2014). Cómo superar la ansiedad. La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones. Editorial Planeta, S. A
- Romero Torres, José Manuel. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2009/nnp091-4e.pdf> 2019-05-25.
- Salazar Scott, Izamar. A (2015). Estudio de la ansiedad en una muestra de estudiantes adolescentes de educación media. Universidad de Panamá. República de Panamá.
- Samaniego, Damaris. (2018). Terapia de grupo orientada cognitiva–conductualmente, sobre la ansiedad-estado de docentes de la región de panamá oeste, 2018. Universidad de Panamá. República de Panamá.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (1995). Metodología de la investigación, II Edición. Editorial Mc Graw Hill, Traducido en México.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (2003). Metodología de la investigación, III Edición. Editorial Mc Graw Hill, Traducido en México
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (2006) Metodología de la investigación, IV Edición. Editorial Mc Graw Hill, Traducido en México.
- Sánchez, Daliys. (2009). Programa de Apoyo Psicosocial para el Manejo de Estrés y la Ansiedad en un Grupo de Adolescentes Embarazadas Primigestas: Un Abordaje Cognitivo Conductual. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá.

- Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret. (1987). Medical Anthropology Quarterly New Series, Vol. 1.
- Schlatter Navarro, Javier. (2003). La ansiedad: un enemigo sin rostro. Universidad de Navarra, Ediciones, S. A.
- Sontag, Susan. (1989). El sida y sus metáforas. Barcelona: El Aleph.
- Spielberger, Ch., Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno.
- Stallard, Paul. (2007). Pensar bien - sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo - conductual para niños y adolescentes, Editorial Desclee de Brouwer. ProQuest Ebook Central. Disponible en:
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/upanamasp/detail.action?docID=3194322-2019-05-29>.
- Stanislawski, E; Bronfman, M; Campos-Ortega, S. y Medina, H. (1989). “La migración internacional y el sida: el caso de México y Estados Unidos”. En Sepúlveda, J; Bronfman, M; Ruiz-Palacios, G; Valdespino, J. L. sida, ciencia y sociedad en México. México, DF: inspfce: pp. 435-456.
- Suárez Saavedra Gerardo. (2009). El impacto real de los trastornos de ansiedad Disponible en:
<https://www.monografias.com/trabajos59/la-ansiedad/la-ansiedad2.shtml>
Created from upanamasp on 2019-05-21 16:55:10.
- Sum Robles, María Regina. (2015). Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo judicial de la cabecera departamental de Huehuetenango. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar. Guatemala
- Tejada Peralta, Brisilda Aurora. (2012). Efectividad del Tratamiento Cognitivo Conductual en la Disminución de los Síntomas de Ansiedad y Depresión de una Muestra de Pacientes con Trastorno Mixto Ansioso Depresivo. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad de Panamá. Panamá.

- Valdespino J; García M; Salcedo A, Magis C; Del Río A; Mora J; et al. (1993). AIDS epidemic in México. The result of socioepidemiological mosaicism. IX International Conference on AIDS; Berlín, Alemania.
- Valero, Frank. (2018). Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM 5. Criterios Diagnósticos de la Ansiedad Generalizada, Descripción Clínica y Comprensión Psicoanalítica de la Ansiedad Generalizada, Causas y Factores de Riesgo de la Ansiedad Generalizada, Factores Diferenciales de la Ansiedad Generalizada, Tratamientos de la Ansiedad Generalizada. blog: www.Psicovalero.wordpress.com 2019-5-23
- Villarruel Pablo E; Pérez Viviana; Moreno Érika; Allende Francisca (2003). Diferencias en Variables Psicosociales en Sujetos VIH Homosexuales y heterosexuales. Universidad de Santiago de Chile. <https://aepc.es/ijehp/articulos-pdf/ijchp-95.pdf> 2019-05-13
- Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. Revista Psicología Científica. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio> 2019-05-24
- Weitz, R. 1989. "Uncertainty and the Lives of Person with AIDS". Journal of Health and Social Behavior. 30 (3): 270-281.
- Zung, William. (1965). Escala de valoración de Ansiedad de Zung.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica.....	33
Tabla 2. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos.....	34
Tabla 3. Esquema del proceso de intervención.....	71
Tabla 4. Categorías de ansiedad Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado.....	76
Tabla 5. Ficha Técnica del IDARE.....	77
Tabla 6. Puntuaciones de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung.....	79
Tabla 7. Rango de edades de la muestra de pacientes con trastorno con VIH-SIDA.....	85
Tabla 8. Nivel de educación de la muestra del estudio.....	86
Tabla 9. Condición laboral de la muestra del estudio.....	87
Tabla 10. Estado civil de la muestra.....	88
Tabla 11. Año del diagnóstico de los pacientes de la muestra.....	89
Tabla 12. Preferencia sexual de la muestra.....	90
Tabla 13. Descripción de muestra del grupo experimental.....	91
Tabla 14. Descripción de muestra del grupo control.....	92
Tabla 15. Puntaje obtenido por el grupo experimental, en la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung	93
Tabla 16. Puntaje obtenido por el grupo control, en la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung	94
Tabla 17. Puntaje obtenido por el grupo experimental, en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado.....	95
Tabla 18. Puntaje obtenido por el grupo experimental, en el Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo.....	96

Tabla 19. Puntaje obtenido por el grupo control, en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado.....	97
Tabla 20. Puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo	98
Tabla 21. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos el pretest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, del grupo experimental vs el grupo control.....	100
Tabla 22. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos el pretest y postest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung del grupo experimental.....	101
Tabla 23. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y postest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, del grupo control.....	102
Tabla 24. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el postest de la Escala de Valoración de Ansiedad de Zung, del grupo experimental vs el grupo control.....	103
Tabla 25. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y postest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado, del grupo experimental.....	104
Tabla 26. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo del grupo experimental.....	105
Tabla 27. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y postest del Inventario de Ansiedad Rasgo -Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado, del grupo control.....	106
Tabla 28. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest y postest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo, del grupo control.....	107
Tabla 29. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado, del grupo experimental vs control.....	108

Tabla 30. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el posttest del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE). Escala de Ansiedad Estado, del grupo experimental vs control..... 109

Tabla 31. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el pretest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo, del grupo experimental vs control..... 110

Tabla 32. Prueba t de Student para la comparación de los promedios obtenidos en el posttest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala de Ansiedad Rasgo, del grupo experimental vs control..... 111

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Nivel de educación de la muestra del estudio.....	86
Gráfica 2. Condición laboral de la muestra del estudio.....	87
Gráfica 3. Estado civil	88
Gráfica 4. Año del diagnóstico de los pacientes de la muestra.....	89
Gráfica 5. Preferencia sexual.....	90
Gráfica 6. Escala de Valoración de Ansiedad de Zung Grupo experimental.....	93
Gráfica 7. Escala de Valoración de Ansiedad de Zung Grupo de control.....	94
Gráfica 8. IDARE grupo experimental - ansiedad estado.....	95
Gráfica 9. Inventario de Ansiedad - IDARE Grupo experimental ansiedad rasgo.....	96
Gráfica 10. Inventario de Ansiedad - IDARE Grupo control ansiedad.....	97
Gráfico 11. Inventario de Ansiedad - IDARE Grupo de control ansiedad rasgo.....	99

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.....	139
Anexo 2 Modelo de entrevista clínica.....	140
Anexos 3.Sesiones terapéuticas.....	145
Anexo 4. Tareas asignadas para la casa.....	151
Anexo 5. Datos de los pacientes.....	161
Anexo 6. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).....	181
Anexo 7. Escala de Valoración de Ansiedad de Zung.....	183

Anexos

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOSPITAL REGIONAL ANITA MORENO LOS SANTOS
CLÍNICA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE LA REGIÓN DE SALUD
DE LOS SANTOS (TARV)

Título de la investigación: EFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH-SIDA, EN LA PROVINCIA DE LOS SANTOS.

Estimado/a Señor/a

Mi nombre es Fátima del Carmen Córdoba Pimentel y soy investigador/a de la Universidad de Panamá en Psicología Clínica. Estamos proyectando una investigación sobre El VIH-SIDA, en la provincia de Los Santos, para:

1. Brindar ayuda a nivel psicoterapéutico a pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.
2. Concienciar a los pacientes sobre su enfermedad.
3. Ofrecer conocimientos sobre la Terapia Cognitivo Conductual, para su beneficio.
4. Crear una clínica dinámica y moderna, con el fin de brindar ayuda real y oportuna a este tipo de pacientes.

Para este propósito, necesitamos su apoyo a través de:

- _____ Entrevista personal
- _____ Encuesta
- _____ Observación del medio en el cual se desempeña
- _____ Participación en grupos, terapias y talleres.

Este método no debe traerle problemas, porque lo haremos en un ambiente privado, para preservar la confidencialidad de su intervención. Sin embargo, si encontramos alguna situación particular, lo/la referiremos al médico/a o psicólogo(a) u otra especialidad, quien podrá ayudarle.

Aunque sea necesario tener su nombre y apellido para no confundir los datos, los resultados finales serán publicados en tabla o cambiando su identidad, de tal manera que no será posible reconocerlo(a).

No se le pagará para participar en esta investigación; pero se le podrá compensar por el transporte.

Habiendo entendido todo lo antes expuesto, y estar satisfecho/a con las respuestas a mis dudas, firmo este consentimiento.

Nombres y apellidos Cédula Firma Fecha Lugar Participante

Nombres y apellidos Cédula Firma Fecha Lugar Investigador(a)

Anexo 2

Modelo de entrevista clínica

HISTORIA CLÍNICA ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nivel de educación:

Ocupación:

Estado civil:

REFERIDO POR:

MOTIVO DE CONSULTA:

ENFERMEDAD ACTUAL (Breve explicación dada por el paciente)

EXAMEN MENTAL

Conciencia:

Orientación: Temporal __ Si __ No

Espacial __ Si __ No

Autopsíquica __ Si __ No

Aspecto general:

Actitud: Cooperador __Sí

Desinterés __No

Defensiva __No

Tenso __Sí

Suspicaaz __No

Seductora __No

Ideas de tristeza __Sí __No Llanto fácil __Sí __No Ideas autolíticas __Sí __No.

Explique:

Sueño: Insomnio ____

Hipersomnia ____

Afectividad: __alegría __tristeza __ansiedad __irritabilidad __miedo __disociación
ideo afectiva __labilidad afectiva __aplanamiento afectivo

Lenguaje: Ritmo: velocidad:

Bloqueo:

Afasia:

Concentración: __adecuada __disminuida

Memoria: __conservada __disminuida

Pensamiento: __curso lógico __logorrea __disminuido

Contenido del pensamiento:

1. Delirio __referencia

__persecutorio

__influencia

__hipocondriaco

__erótico

__celotipia

__grandeza

__transformación corporal

__culpa o pecado

__nihilista o negación (el mundo se ha acabado)

2. Obsesiones:

3. Ideas sobrevaloradas:

4. Ideas suicidas:

Entrevista Breve

Insomnio		Convulsiones	
Pesadillas		Orinarse en la cama	
Nervios		Hablar dormido	
Maltrato físico		Fiebre	
Miedos, fobias		Consumo de drogas	
Golpes en la cabeza		Deseos de morir	
Ve cosas extrañas (Fuera de lo normal)		Problemas de aprendizaje	
Mareos, desmayos		Repitencia escolar	
Cólicos		Dolores de cabeza	

¿Problemas Legales?

Información Familiar:

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Hermanos:

Cuántos:

Nombre del esposo:

Edad:

Hijos:

PREGUNTAS:

1-¿Cuándo lo diagnosticaron? _____

2-¿Cómo se sintió en ese momento?

1-Muy mal _____ 2-Normal _____ 3- Muy ansioso _____

3-¿Sospechaba que tenía la enfermedad del VIH_SIDA? Sí _____ NO _____ 4-¿Qué sentía usted antes de ser diagnosticado?

_____.

_____.

5-¿Cuál es su estado civil?

a-Soltero _____ b-Casado _____ c-Viudo _____ d-Divorciado _____ e-Pareja _____

6-¿Cómo se considera usted?

Heterosexual _____ b-Bisexual _____ c-Homosexual _____

d- Transexual _____ e- Otro _____.

7-¿A qué edad inició su vida sexual? _____.

8-¿Su familia estuvo en contra de sus preferencias sexuales? Si _____ No _____.

9-¿Consume algún tipo de droga? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

10-En algún momento de su vida ¿Ha llegado a pensar seriamente, en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida? Si _____ No _____. ¿Por qué?

11-¿Estos pensamientos los ha tenido en los últimos 12 meses? Si _____ No _____.

12-Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar amistades, familiares.)

a-Siempre _____ b-Casi siempre _____ c-Algunas veces _____ d-Solo alguna vez _____ e-Muchas veces _____ f-Nunca _____.

13-Últimamente:

1- ¿Se ha sentido lleno de vitalidad? Sí _____ No _____

2- ¿Estuvo muy nervioso? Sí _____ No _____

3- ¿Se sintió con la moral tan baja que no podía animarse? Sí _____ No _____

4- ¿Se sintió en calma y con gran tranquilidad? Sí _____ No _____

5- ¿Se sintió con demasiada tristeza? Sí _____ No _____

6- ¿Se sintió con mucho agotamiento? Sí _____ No _____

7- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo? Sí _____ No _____

8- ¿Se sintió con mucho cansancio? Sí _____ No _____

9- ¿Se ha sentido muy ansioso?

14-¿Puede indicarme, cuántas horas al día duerme usted? _____ horas.

15-¿Le preocupa su futuro? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

_____.

16-¿Cómo sufraga sus gastos? _____.

17-¿De quién depende económicamente? _____.

18-¿Quién lo ayuda, a nivel general? _____.

19-¿Con quién vive actualmente? _____.

Historia de la enfermedad:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Plan terapéutico: _____

Anexos 3.

Sesiones Terapéuticas

Plan de las sesiones de terapia, que describen el tratamiento.

ATENCIÓN INDIVIDUAL PARA REALIZAR

LA ENTREVISTA CLÍNICA

En dos ocasiones previas a la primera sesión, se atendieron a los pacientes para la aplicación de la entrevista clínica. Se efectuaron diez entrevistas. Seguidamente, se les confirma la cita para dar inicio al tratamiento, pidiéndoles ser lo más puntuales posible, para no tener problemas en la ejecución de la programación preestablecida. También se les aplicaron las pruebas psicológicas para medir la ansiedad.

ATENCIÓN GRUPAL A LOS PACIENTES

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Finalizada la atención individual, para la aplicación de la entrevista clínica y la aplicación de las pruebas psicológicas que miden ansiedad, se inició la fase propiamente dicha del tratamiento cognitivo conductual de manera grupal. En la primera sesión, se explicó adecuadamente, la forma en que se llevaría a cabo el tratamiento y también se les aplicaron las pruebas psicológicas, para medir la ansiedad. De las 12 personas seleccionadas, solo se trabajó con 10 pacientes, con los que se inició el tratamiento. Recordemos que se trabajó con 5 pacientes que son el grupo experimental, y el resto (5), son parte del grupo de control. Cabe señalar, que el trabajo fue arduo, pero muy provechoso, tanto para los pacientes que aprendieron tanto de la teoría y de la práctica de cada sesión, como la interacción social entre ellos que les permitió tener más asertividad y empatía hacia los demás miembros del grupo. Para la terapeuta fue un reto en positivo; pues le permitió afianzar conocimientos y técnicas, lo mismo que ser más humana ante el dolor y el sufrimiento de su prójimo.

Las sesiones de tratamiento se efectuaron en diferentes locales acondicionados para talleres, seminarios, charlas, para grupos pequeños localizadas en diferentes pabellones del Hospital Regional Anita Moreno. Los mismos cuentan con buena iluminación, aire acondicionado y

buen nivel de privacidad.

Limitaciones

- Las sesiones de terapia se llevaron a cabo en diferentes espacios físicos, por la gran cantidad de actividades hospitalarias, y por la presencia de estudiantes de enfermería y medicina, quienes también requerían espacios para sus prácticas.
- La mayoría de los pacientes que participaron en la sesión terapéutica, se les limitaba la asistencia por el factor económico, por lo que les patrocinamos el pasaje a cada uno y se les ofreció el refrigerio, lo que garantizó su asistencia oportuna.

Programación analítica de las sesiones de Terapia Cognitiva Conductual:

Aplicación de la entrevista clínica y de los instrumentos del pretest (Primer día)

Fecha: Martes, 12 de marzo de 2019

Hora: 7:00 AM – 12:00 PM (5 pacientes)

- Lectura y firma del consentimiento informado.
- Entrevista individual o personalizada a los participantes.
- Aplicación del Test de Ansiedad de Zung. (Pre- test)
- Aplicación del IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (Pre-test)

Aplicación de la entrevista clínica y de los instrumentos del pretest (Segundo día)

Fecha: Miércoles, 13 de marzo de 2019

Hora: 7:00 AM – 12:00 PM (5 pacientes)

- Lectura y firma del consentimiento informado.
- Entrevista individual a los participantes.
- Aplicación del Test de Ansiedad de Zung. (Pre- test)
- Aplicación del IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (Pre-test)

Sesión Grupal # 1

Jueves, 14 de marzo del 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

Objetivos:

- Presentar el Programa de Atención Psicológica a los participantes.
- Explicar brevemente la Terapia Psicológica Cognitiva Conductual, para que los pacientes tengan noción del tratamiento que recibirán (Inducción grupal).
- Mejorar el estado emocional de los participantes.

Sesión Grupal # 2

Jueves, 21 de marzo de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

- Revisión de la asignación Lista de Pensamientos Negativos (comentarios).
- Cápsula Informativa Temas:
 - 1- Cómo actúa el VIH en el cuerpo humano.
 - 2- Experiencias asociadas al proceso de enfermar.
 - 3- Explicación breve del Modelo ABC, de Albert Ellis.
- Participación.
- Asignaciones para que los pacientes elaboren en casa. Tema: Lista de Pensamientos Positivos y El Modelo A-B-C-D.

Sesión Grupal # 3

Jueves, 28 de marzo de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de Participantes: 5

- Revisión de las asignaciones Lista de Pensamientos Negativos y El Modelo A-B-C-D.
- Cápsula Informativa. Temas:
 - 1- Factores psicológicos y psiquiátricos que influyen en la adherencia al tratamiento.
 - 2- Mitos sobre el VIH.
- Participación.

- Asignación para que los pacientes elaboren en casa. Tema: Lista de actividades agradables.

Sesión Grupal # 4

Jueves, 4 de abril de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

- Revisión de la Asignación Lista de Actividades Agradables.
- Cápsula Informativa. Temas:
 - 1- Beneficios de las técnicas de relajación.
 - 2- Alimentación para pacientes con VIH.
- Participación.
- Asignación para que los pacientes elaboren en casa: ¿Cuánto crees que disfrutas de tus actividades agradables?
- Asignación para que los pacientes elaboren en casa. Tema: Metas individuales a corto (próximos seis meses) y a largo plazo (en alguna ocasión en su vida).

Sesión grupal # 5

Jueves, 11 de abril de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

- Revisión de la asignación. Metas individuales a corto (próximos seis meses) ya largo plazo (en alguna ocasión en su vida).
- Cápsula Informativa. Temas:
 - 1-Técnicas de relajación y respiración.
- Participación.
- Asignación para que los pacientes elaboren en casa sobre el tema: Proyección a futuro. ¿Cómo te imaginas o visualizas en un año, cinco años y diez años?

Sesión Grupal # 6

Jueves, 18 de abril de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

- Revisión de la asignación sobre el tema: Proyección a Futuro. ¿Cómo te imaginas o visualizas en un año, cinco años y diez años?
- Cápsula Informativa. Temas:
 - 1- Principales mecanismos de adaptación psicológicos ante la vivencia de la enfermedad.
- Participación.
- Asignación para que los pacientes elaboren en casa. Tema: Afirmaciones positivas para la salud, Louise L. Hay.

Sesión Grupal # 7

Jueves, 25 de abril de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

- Revisión de la asignación Afirmaciones positivas para la salud, Louise L. Hay.
- Cápsula Informativa. Temas:
 - 1- VIH y Derechos.
 - 2- Acceso al tratamiento antirretroviral.
- Participación.
- Asignación para que los pacientes elaboren en casa tema: Los Mandamientos Paradójicos, Kent M. Keith (1968).

Sesión Grupal # 8

Jueves, 2 de mayo de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM

Número de participantes: 5

- Revisión de la asignación Los Mandamientos Paradójicos, Kent M. Keith (1968).
- Cápsula Informativa. Temas:
 - 1- Envejeciendo con VIH.
 - 2- Piensa positivo.
 - 3- Refrescamiento de los temas dados en plenaria.

- Participación.

Aplicación de la entrevista clínica y de los instrumentos del posttest (Primer día)

Jueves, 9 de mayo de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM (5 pacientes)

- Aplicación del Test de Ansiedad de Zung (Post test).
- Aplicación del IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (Post-test).

Se administró el Post- test a los participantes del grupo experimental.

Aplicación de la entrevista clínica y de los instrumentos del posttest (Primer día)

Jueves, 16 de mayo de 2019

Hora: 10:00 AM – 11:30 AM (5 pacientes)

- Aplicación del Test de Ansiedad de Zung (Post test).
- Aplicación del IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (Post-test).

Se administró el Post- test a los participantes del grupo de control.

Anexo 4.*Tareas asignadas para la casa***APÉNDICE A****LISTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS**

Marque con una X los pensamientos que tuvo cada día. Puede agregar otros.

LISTADO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Estoy confundido/a							
No existe amor en el mundo							
Estoy echando a perder mi vida							
Tengo miedo							
Terminaré solo/a							
La vida no tiene sentido							
Soy feo/a							
No valgo nada							
Ya no tengo esperanzas							
No sirvo para nada							
No podré resolver mis problemas							
Todo lo que hago me sale mal							
Nunca podré cambiar							
Ya no me entusiasma nada							
Quisiera no haber nacido							
No voy a poder dormir							
Soy menos que otras personas							
Todo es por mi culpa							
Nada me divierte							
Nunca saldré de esta depresión y ansiedad							
No tengo suficiente fuerza de voluntad							
Quisiera estar muerto/a							
Las cosas se ponen cada vez peor							
La vida es injusta							
Algo está mal en mí							
No soy tan bueno/a como otros/as							
Nadie en mi familia me entiende							
Siempre estoy aburrido							
Soy malcriado							

TOTAL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS							

APÉNDICE B

LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Marque con una °X° los pensamientos que tuvo cada día. Puede agregar otros.

LISTADO DE PENSAMIENTOS POSITIVOS	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Lo puedo hacer mejor							
El día amaneció muy bonito							
Aprenderé a ser feliz							
La vida es interesante							
Merezco que valoren mi opinión							
Sé que me mejoraré pronto							
Lo hice bien							
Realmente me siento muy bien							
Esto es divertido/chévere							
Puedo salir de problema difíciles							
Soy una buena persona							
Tengo muchos planes para mi futuro							
Tengo buen control de mí mismo/a							
Tengo derecho a ser feliz							
Realmente manejaré bien esta situación							
Me gusta leer							
Las personas se llevan bien conmigo							
Me gusta la gente							
Soy inteligente							
Soy fuerte y capaz de lograr cosas							
Soy honesto/a							
Tengo mucha suerte							
Soy muy responsable							
Me interesan las otras personas							
Soy atractivo/a							
Cada vez soy más feliz							
Quiero hacer ejercicios							
Soy importante para mi familia							
Aprecio a mis amigos							

TOTAL DE PENSAMIENTOS POSITIVOS							

APÉNDICE C

EL MODELO A-B-C-D

A- EVENTO ACTIVANTE (¿Qué sucedió)	C- CONSECUENCIAS (¿Cómo reaccionaste?)
B- BELIEF (Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que pasó y lo que influyó en tu reacción).	D- DISCUTIR O DEBATIR LA CREENCIA (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)

APÉNDICE D

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Marque con una “X” las actividades agradables, que realiza cada día. Puede agregar nuevas.

Listado de actividades agradables	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Ponerme ropa que me gusta							
Estar fuera de casa							
Ver o participar en deporte							
Ir al teatro, concierto, bailar							
Planificar viajes o vacaciones							
Comprar cosas							
Hacer artesanías							
Asistir a la iglesia							
Arreglar mi cuarto, mi casa							
Leer libros, revistas							
Conversar							
Manejar bicicleta, patines							
Ver televisión							
Arreglar carros, bicicletas							
Jugar juegos de mesa							
Ayudar a mis nietos con sus tareas							
Armar un rompecabezas							
Solucionar un crucigrama							
Darme un baño caliente							
Escribir historias, poesías, música							
Viajar							
Cantar							
Bailar							
Tocar un instrumento musical							
Maquillarme, arreglarme el cabello							
Conocer gente nueva							
Hacer trabajos al aire libre							
Tomar sol en la mañana							
Ir a una feria o al parque							
Planificar u organizar algo							
Contemplar la naturaleza							
Escuchar radio, música							
Estar con mi familia							
Leer chistes							
Aprender algo nuevo							
Ir al gimnasio							

Tomar fotografías							
Caminar por las tardes							
Comer buenas comidas							
Dar regalos							
Recoger objetos naturales (piedras, caracoles, hojas)							
Hablar por teléfono							
Ir al cine							
Organizar mi tiempo							
Cocinar							
Compartir tiempo en pareja							
Comer fuera							
Visitar amistades							
Alquilar películas							
Caminar descalzo/a							
Decir oraciones o rezos							
Meditar, hacer yoga							
Coser o tejer							
Dormir hasta tarde							
Ir al salón de belleza o barbería							
Estar con alguien que amo							
Tomar una siesta							
Empezar un proyecto nuevo							
Jugar juegos de video							
Mirar a la gente							
Hacer una fogata							
Vender o cambiar algo							
Escribir cartas							
Chatear							
Cuidar niños/as pequeños/as							
Leer cuentos, libros							
Jugar con una mascota							
TOTAL DE ACTIVIDADES AGRADABLES							

APÉNDICE E

¿CUÁNTO CREES QUE DISFRUTAS DE TUS ACTIVIDADES AGRADABLES?

ACTIVIDADES	PREDICCIÓN ¿CUÁNTO CREES QUE DISFRUTARAS DE 0% A 100%?	RESULTADO ¿CUÁNTO EN EFECTO DISFRUTASTE DE 0% A 100%?	COMENTARIO

APÉNDICE F

METAS INDIVIDUALES

METAS A CORTO PLAZO

(Cosas que le gustaría hacer dentro de los próximos seis meses)

1-

2-

3-

METAS A LARGO PLAZO

(Cosas que le gustaría hacer en alguna ocasión en su vida)

1-

2-

3-

APÉNDICE G

PROYECCIÓN A FUTURO

¿CÓMO TE IMAGINAS O TE VISUALIZAS EN UN AÑO, CINCO AÑOS Y DIEZ AÑOS?

PROYECCIÓN A FUTURO

Cómo te imaginas o visualizas en:

1-AÑO

- 1- ¿En qué lugar estarías?**
- 2- ¿Qué estarías haciendo?**
- 3- ¿Estarías: Solo/a o con otra persona?**

5-AÑOS

- 4- ¿En qué lugar estarías?**
- 5- ¿Qué estarías haciendo?**
- 6- ¿Estarías: Solo/a o con otra persona?**

10- AÑOS

- 7- ¿En qué lugar estarías?**
- 8- ¿Qué estarías haciendo?**
- 9- ¿Estarías: Solo/a o con otra persona?**

Afirmaciones positivas para la salud

Louise L. Hay, escritora, conferencista y consejera metafísica, en su libro El Sida. Cómo abordarlo de forma positiva nos propone las siguientes afirmaciones para recuperar una buena salud:

1. Estoy en paz con mi cuerpo
2. Acepto una salud perfecta.
3. Amo a mi cuerpo y le permito curarse.
4. El recuento de mis CD4 va en aumento cada día.
5. Soy fuerte e inmune.
6. Mi espíritu es perfecto, íntegro y completo.
7. El alimento que escojo es de la mejor calidad y nutre mi cuerpo.
8. Elimino todos los desechos de mi cuerpo con facilidad y perfecta regularidad.
9. Mis glándulas son las perfectas conservadoras de mi organismo.
10. Con amor, puedo superarlo todo.

Repítelas a diario, tantas veces como quieras.

Los 10 Mandamientos Paradójicos de Kent M. Keith

(Keith, 1968)

1. La gente es ilógica, insensata y egocéntrica. **Aun así, ámala de todos modos.**
2. Si haces el bien, te acusarán de tener motivos escondidos y egoístas. **Haz el bien de todos modos.**
3. Si prosperas en la vida, harás amigos falsos y enemigos verdaderos. **Aun así, prospera de todos modos.**
4. El bien que hagas hoy, mañana habrá caído en el olvido. **Haz el bien de todos modos.**
5. La honestidad y la franqueza te hacen vulnerable. **Sé honesto y franco de todos modos.**
6. Las mentes amplias de los hombres y mujeres más grandes pueden ser derrumbadas por las mentes pequeñas de los hombres y mujeres pequeñas. **Piensa en grande de todos modos.**
7. La gente pretende apoyar a los humildes; pero solo sigue a los ganadores. **Lucha por los humildes de todos modos.**
8. Lo que te ha llevado años en construir, puede destruirse de la noche a la mañana. **Construye de todos modos.**
9. La gente necesita ayuda, pero te puede hacer daño cuando tratas de ayudarla. **Ayuda a la gente de todos modos.**
10. Si le das al mundo lo mejor de ti, te escupirán la cara. **Dale al mundo lo mejor de ti de todos modos.**

Anexo 5

Datos de los pacientes

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 1.

Sexo: M.

Fecha de nacimiento: 4 de febrero de 1990

Edad: 29 años

Nivel de educación: Universitario

Ocupación: Desempleado

Estado civil: Unido

Referido por: Clínica TARV

Motivo de consulta: Pte. Se siente ansioso, fue diagnosticado con B24.

Enfermedad Actual: VIH-SIDA

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Adecuada.

Orientación: Temporal, espacial y autopsíquica conservadas.

Aspecto general: apariencia física normal, buena presentación personal, buena higiene.

Actitud: Se muestra cooperador, con interés, no está a la defensiva, no muestra suspicacia ni se muestra seductor.

Afectividad: Manifiesta sentirse triste, ansioso y con mucho miedo, con disociación ideológica, labilidad y aplanamiento afectivo.

Sueño: Sufre de insomnio

Lenguaje: El ritmo del lenguaje es normal, no presenta bloqueos ni afasia.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Curso lógico.

Contenidos del pensamiento:

1. Delirios: Muestra hipocondriasis, transformación corporal, siente mucha culpa o pecado y manifiesta que el mundo se ha acabado para él por el diagnóstico.
2. Obsesiones: No presenta en la actualidad.
3. Ideas sobrevaloradas: No
4. Ideas suicidas: No

Información familiar y personal: El paciente manifiesta que su padre murió, tiene a su mamá con quien vive actualmente, cuenta con dos hermanas, no tiene hijos. Fue diagnosticado en octubre de 2018, se sintió muy mal, con mucha ansiedad, nunca sospechó tener esta enfermedad; antes de ser diagnosticado se sentía como resfriado y con mucha fiebre. Cuenta con una pareja, se considera homosexual, inició su vida sexual a los 22 años. Su madre fue reacia, sus hermanas no; nunca consumió drogas ni ha pensado en quitarse la vida. Su salud física le ha permitido seguir con sus actividades cotidianas, aunque ha sentido mucho agotamiento, cansancio y siente mucha preocupación por su futuro, dice que primero es su salud, desea terminar sus estudios y quiere ayudar a otros. Duerme de 6 a 8 horas diarias. Depende económicamente de su madre y su pareja actual. Sin problemas de tipo legal.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 2

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 15 de agosto de 1982

Edad: 36 años

Nivel de educación: Bachillerato.

Ocupación: Artes plásticas

Estado Civil: Unido.

Referido por: Clínica TARV

Motivo de consulta: El paciente se siente con mucha preocupación por su diagnóstico de B24.

Enfermedad actual: VIH-SIDA

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Normal.

Orientación: Orientado temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: Buena presentación personal, pulcritud en su persona.

Actitud: Paciente cooperador. Un tanto a la defensiva y tenso. Presenta algo de suspicacia y seductor.

Afectividad: Presenta ideas de tristeza con llanto fácil, ha tenido ideas autolíticas. Además de irritabilidad y miedos, tiene disociaciones afectivas, labilidad afectiva lo mismo que aplanamiento afectivo en muchas ocasiones.

Sueño: Insomnio.

Lenguaje: El habla es rápida, no presenta bloqueos ni afasia.

Concentración: Un tanto disminuida.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Con curso lógico.

Contenidos del pensamiento:

1. Delirios: De grandeza y persecutorio, siente además mucha culpa o pecado.
2. Obsesiones: Con su apariencia física, además teme sangrar e infectar a otros.
3. Ideas sobrevaloradas: Si.
4. Ideas suicidas: Si.

Información familiar y personal: El paciente cuenta con sus dos padres, tiene 6 hermanos y una hija. Fue diagnosticado en febrero de 2019, se sintió extremadamente ansioso; pues sospechaba que tenía la enfermedad, antes del diagnóstico, estaba muy delgado y deprimido, al ser atendido por psiquiatría lo llevaron al examen. Actualmente, tiene pareja, se considera homosexual, inició su vida sexual a los 21 años, su familia no estuvo en contra de sus preferencias sexuales, no consume drogas. A los 17 años no confiaba en nadie tuvo una niñez muy larga y una adolescencia muy corta. Los artistas vivimos con un precepto o la ideología de ser depresivo con la autoestima y la moral baja, me sentí solo sin encontrarle sentido a mi vida. La enfermedad no me ha impedido seguir adelante, me agoto mucho más que antes, a veces siento dolor en la columna. Duerme 9 horas diarias. Él manifiesta que no le preocupa el futuro porque: “El dueño de mi futuro soy yo mismo”. Vive con una hermana, sufraga sus gastos con los cuadros que pinta y la decoración de locales para eventos. Sin problemas legales.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 3

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 28 de enero de 1988.

Edad: 31 años.

Nivel de educación: Universitario.

Ocupación: Estudiante.

Estado Civil: Soltero.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: El paciente refiere tener un diagnóstico reciente de B 24.

Enfermedad actual: VIH-SIDA

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Dentro de los niveles de la normalidad.

Orientación: Paciente orientado temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: El paciente se presenta vestido adecuadamente, aseado.

Actitud: Cooperador.

Afectividad: Dentro de lo normal.

Sueño: Dentro de los límites de la normalidad.

Lenguaje: Dentro de lo normal.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento:

Contenidos del pensamiento:

1. Delirios: Pte. Hipocondriaco, siente culpa o pecado.
2. Obsesiones: Por la limpieza.
3. Ideas sobrevaloradas: Sin evidencia.
4. Ideas suicidas: Sin evidencia.

Información familiar y personal: El paciente manifiesta que tiene a su padre y a su madre; son 9 hermanos, fue diagnosticado en el 2014, se sintió muy mal, no sospechaba que tenía VIH-SIDA. Antes del diagnóstico, pensaba que estaba 100% sano. Actualmente, soltero, se considera bisexual, su familiar nunca estuvo en contra de su preferencia sexual, inició su vida sexual a los 20 años, no consume ningún tipo de drogas. Ha tenido ideas para quitarse la vida por problemas relacionados con el padre. Presentó nerviosismo, mucha tristeza y manifestó que tenía mucho agotamiento y cansancio. Duerme de 6 a 7 horas al día. No le preocupa su futuro porque “vive el aquí y el ahora”. No depende de nadie, vive con amigos. No presenta problemas legales.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 4

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 15 de junio de 1987.

Edad: 32 años.

Nivel de educación: Primaria.

Ocupación: Jornalero.

Estado civil: Soltero.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: El paciente tiene un diagnóstico de B 24.

Enfermedad actual:

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Normal.

Orientación: Paciente orientado en tiempo, espacio y autopsíquicamente.

Aspecto general: Adecuado al momento de la entrevista.

Actitud: Cooperador aunque tenso.

Afectividad: Es evidente en el paciente la labilidad emocional.

Sueño: Normal.

Lenguaje: Velocidad lenta.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Curso lógico.

Contenidos del pensamiento:

1. Delirios: Siente culpa o pecado.
2. Obsesiones: No
3. Ideas sobrevaloradas: No.
4. Ideas suicidas: Sin evidencia.

Información familiar y personal: El paciente tiene a sus padres, tiene 7 hermanos, fue diagnosticado en junio de 2018, manifiesta haberse sentido normal, dijo que él creyó que nunca iba a tener “eso”, se considera homosexual, soltero actualmente, inició su vida sexual a los 17 años. Su familia nunca estuvo en contra de sus preferencias sexuales, no consume ningún tipo de drogas. Actualmente, presenta agotamiento, dolores y mucho cansancio, duerme 5 horas diarias y le preocupa su futuro. No depende de nadie, trabaja y vive solo. El paciente manifestó que en un principio tenía muchas ganas de vomitar, comía muy poco y se sentía raro. No quería que mi familia lo supiera, porque se preocuparían, yo tengo una hermana con esta enfermedad, por lo que ya la conocía. Sin problemas legales.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 5

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 25 de noviembre de 1987.

Edad: 31 años.

Nivel de educación: V año de secundaria.

Ocupación: Estilista.

Estado civil: Soltero.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: Paciente diagnosticado con B 24.

Enfermedad actual: VIH-SIDA.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Normal.

Orientación: Paciente orientado temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: se presenta apropiado en su vestimenta y su aseo personal.

Actitud: Cooperador muy abordable.

Afectividad: Tiene ideas de tristeza, con llanto fácil, y ha tenido ideas autolíticas. Se siente ansioso, y en ocasiones con aplanamiento afectivo.

Sueño: Sufre de insomnio

Lenguaje: la velocidad es adecuada.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento:

Contenidos del pensamiento:

1. Delirios: De grandeza
2. Obsesiones: No.
3. Ideas sobrevaloradas: No.
4. Ideas suicidas: Si.

Información familiar y personal: Tiene a su padre y a su madre, cuenta con un hermano; fue diagnosticado hace tres años, no sospeché que tenía esta enfermedad, antes del diagnóstico no sentía nada. Actualmente, soltero, se considera homosexual, inició su vida sexual a los 15 años, su familia nunca ha estado en contra de su preferencia sexual. Se ha sentido triste, con mucho agotamiento, cansancio y ansioso. Duerme 8 horas diarias, le preocupa su futuro. Vive con su madre y un primo, sufraga sus gastos con trabajo propio, es estilista en un salón de belleza. Sin problemas legales.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 6

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 1 de octubre de 1983.

Edad: 35 años.

Nivel de Educación: Bachiller en comercio.

Ocupación: Trabaja independientemente.

Estado civil: Casado.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: El paciente acude a consulta por tener un diagnóstico de B 24.

Enfermedad actual: VIH-SIDA.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Normal.

Orientación: Temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: Adecuado a la situación.

Actitud: Cooperador.

Afectividad: Presenta ideas de tristeza, con llanto fácil, no ha presentado ideas autolíticas.

Sueño: Presenta insomnio.

Lenguaje: Velocidad adecuada.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Con curso lógico.

Contenidos del pensamiento:

1. Delirios: De culpa o pecado.
2. Obsesiones: Sin evidencia.
3. Ideas sobrevaloradas: No
4. Ideas suicidas: Sin evidencia.

Información familiar y personal: El paciente manifiesta que tiene ambos padres, dos hermanos. Casado con M. N. de 38 años, tienen 3 hijos. Fue diagnosticado hace 12 años; se sintió muy mal, y con mucha ansiedad; sentía dolores de cabeza, fiebre, con mucha debilidad por más de un año. Se considera heterosexual, inició su vida sexual a los 17 años, a esta edad consumió marihuana. Estuvo desanimado al no tener trabajo, después todo se normalizó; pues conseguí nuevamente trabajo. Duerme 8 horas diarias, le preocupa su futuro, le preocupa mucho su familia. No depende económicamente de nadie; actualmente, vive con su esposa. . En el 2018, le asignaron 30 meses de trabajo comunitario.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 7

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 27 de octubre de 1996

Edad: 22 años.

Nivel de educación: VI año de secundaria.

Ocupación: Estudiante universitario.

Estado Civil: Soltero.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: Paciente acude a consulta por el diagnóstico B 24.

Enfermedad actual: VIH-SIDA

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Normal.

Orientación: Temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: Normalmente vestido, aseado.

Actitud: Cooperador, aunque se nota tenso.

Afectividad: En ocasiones se siente triste y llora, presenta labilidad afectiva.

Sueño: Le cuesta un poco dormir.

Lenguaje: Adecuado.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Adecuado.

Contenidos del pensamiento: Normal.

1. Delirios: Culpa o pecado.
2. Obsesiones: Por su salud.
3. Ideas sobrevaloradas: Sin evidencia.
4. Ideas suicidas: No.

Información familiar y personal: El paciente manifiesta tener a sus padres, una hermana y un hermano; actualmente, está soltero, sin hijos; fue diagnosticado en el 2018, se sintió muy mal, con mucha culpa, nunca sospeché que tenía esta enfermedad, no quería que nadie lo supiera, perdí peso, con mucha fiebre y como si estuviera resfriado, se considera bisexual, su familia nunca dijo nada. Últimamente me he sentido nervioso, agotado, con dolor en el cuerpo y cansado, aunque los medicamentos me están ayudando. Me preocupa mi futuro, por eso me cuido mucho de no enfermarme. Vivo con mis padres, quienes me apoyan económicamente. No he tenido problemas legales.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 8

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 11 de octubre de 1963

Edad: 55 años.

Nivel de educación: VI grado de primaria.

Ocupación: Agricultor.

Estado civil: Unido.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: Diagnóstico de B 24.

Enfermedad Actual: VIH-SIDA.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia:

Orientación: Orientado temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: Vestimenta sencilla, aunque pulcro y limpio.

Afectividad: Siente mucha tristeza, a veces llora a escondido; hay momentos de irritabilidad, con miedo, y otros, de aplanamiento afectivo.

Actitud: Muy cooperador.

Sueño: Padece de insomnio.

Lenguaje: Adecuado.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Normal.

Contenidos del pensamiento: Adecuado.

1. Delirios: De culpa o pecado.
2. Obsesiones: Sin evidencia.
3. Ideas sobrevaloradas: No.
4. Ideas suicidas: No.

Información familiar y personal: Este paciente manifiesta que solo tiene a su madre, con dos hermanos; está unido con M. S. de 50 años, tiene 5 hijastros, hijos propios no. Fue diagnosticado el 20 de noviembre de 2003; me sentí muy nervioso, no pensé nunca que tenía “eso”, se considera heterosexual, inició su vida sexual a los 23 años, drogas no he consumido, alcohol sí. A veces me siento triste, agotado y con dolores en el cuerpo, duermo 5 horas diarias, me preocupa mucho el futuro por lo que me han dicho de la enfermedad, no quiero sufrir. No dependo económicamente de nadie, mi señora me ayuda a nivel general. No he tenido problemas legales.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 9

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 27 de febrero de 1967

Edad: 52 años.

Nivel de educación: VI grado de primaria.

Ocupación: Trabajador manual.

Estado civil: Casado.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: Paciente diagnosticado con B 24.

Enfermedad Actual: VIH-SIDA

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Normal.

Orientación: Temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: Su aspecto personal es muy sencillo; pero aseado.

Actitud: Cooperador y un tanto a la defensiva.

Afectividad: Manifiesta sentirse con ideas de tristeza y autolíticas, con mucho miedo. Hay veces que se torna irritable.

Sueño: Sufre de hipersomnia.

Lenguaje: velocidad adecuada; pero hay momentos de bloqueos.

Concentración: Disminuida.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Disminuido.

Contenidos del pensamiento: Normal

1. Delirios: Hipocondriaco.
2. Obsesiones: Por su salud.
3. Ideas sobrevaloradas: No.
4. Ideas suicidas: No.

Información familiar y personal: Este paciente manifiesta que ambos padres fallecieron; cuenta con una hermana, actualmente casado con V. G. con una hija de 50 años. Diagnosticado el 18 de septiembre de 2017; me sentí muy mal y nervioso; tenía un resfriado que no se me quitaba, me adelgacé mucho, o tenía apetito, me dieron fiebres muy altas, por eso acudí al médico. Me considero heterosexual, inicié mi vida sexual a los 20 años, no he consumido droga nunca. Actualmente, me agoto mucho, no soy el mismo de antes, me preocupa mi futuro y mi familia, económicamente no dependo de nadie pues yo trabajo; mi señora me ayuda a nivel general. No he tenido problemas legales nunca.

HISTORIA CLÍNICA

ADULTOS

DATOS GENERALES

Nombre: Paciente # 10

Sexo: Masculino.

Fecha de nacimiento: 15 de febrero de 1990.

Edad: 29 años.

Nivel de Educación: Universitario.

Ocupación: Trabajo independiente.

Estado civil: Casado.

Referido por: Clínica TARV.

Motivo de consulta: Paciente diagnosticado con B 24.

Enfermedad actual: VIH- SIDA.

EXAMEN MENTAL:

Conciencia: Dentro de los límites de la normalidad.

Orientación: Temporal, espacial y autopsíquicamente.

Aspecto general: Adecuado, pues se presenta bien vestido y pulcro.

Actitud: Cooperador aunque algo tenso.

Afectividad: en ocasiones presenta ideas de tristeza, llanto fácil, ansiedad y algo irritable.

Sueño: Algo de insomnio.

Lenguaje: La velocidad del lenguaje es adecuada.

Concentración: Adecuada.

Memoria: Conservada.

Pensamiento: Curso lógico.

Contenidos del pensamiento: Normal.

1. Delirios: Culpa o pecado.
2. Obsesiones: Sin evidencia.
3. Ideas sobrevaloradas: Sin evidencia.
4. Ideas suicidas: No.

Información familiar y personal: Manifiesta que tiene a sus padres y cuenta con dos hermanas; actualmente casado con Y de G. de 26 años, un hijo. Fue diagnosticado el 25 de enero de 2011; se sintió muy mal, pensó que todo acabaría, se adelgazó, no comía bien, le dieron diarreas abundantes, quería entrar a la policía y no pudo. “Me considero bisexual, inició su vida sexual a los 15 años. No consumo drogas. A veces me siento agotado, sin ánimos, ansioso. Duermo 7 horas diarias. Me preocupa muchísimo mi futuro, sobre todo mi hijo. No dependo económicamente de nadie; pues trabajo independientemente y me alcanza, mi esposa me ayuda”.

Anexo 6.

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

IDARE

Inventario de Autovaloración

C.D. Spielberg, A. Martínez – Urrutia, F. González, L. Natalicio y R. Díaz- Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo (a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Estoy agitado (a)	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE
Inventario de Autovaloración

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNA S VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlos	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
27. Soy un persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme a crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico (a)	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

Anexo 7.

Escala de Valoración de ansiedad de Zung

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD (Zung, 1971)

Lic. C. P.
Reg. 12

Nombre: Edad:
Profesión: Fecha:
Estado civil:

Instrucciones: Conteste a las siguientes cuestiones rodeando con un círculo el número que se ajuste mejor a la frecuencia con que nota los síntomas propuestos, según las cuatro columnas que corresponden a: A = raramente; B = algunas veces; C = muchas veces; D = siempre.

	A	B	C	D
1. Me siento más ansioso y nervioso de lo normal.	1	2	3	4
2. Siento miedo sin ver razón para ello	1	2	3	4
3. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor	1	2	3	4
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar	1	2	3	4
5. Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder	4	3	2	1
6. Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan	1	2	3	4
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello o espalda	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso con facilidad	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente	4	3	2	1
10. Siento que mi corazón late con rapidez	1	2	3	4
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	1	2	3	4
12. Tengo períodos de desmayo o algo así	1	2	3	4
13. Puedo respirar bien, con facilidad	4	3	2	1
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies	1	2	3	4
15. Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones	1	2	3	4
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4
17. Mis manos las siento secas y cálidas	4	3	2	1
18. Siento que mi cara enrojece y me ruborizo	1	2	3	4
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL =

SUMA TOTAL:

- Ansiedad ausente: 20-35.
- Ansiedad subclínica y variantes normales: 36-51.
- Ansiedad media-grave: 52-67.
- Ansiedad grave: 68 →.